

Vitols, Katrin; Gabriel, Steffen

Working Paper

Branchenanalyse Sozialversicherungsträger: Veränderungen auf Arbeit, Beschäftigung und Leistungsanforderungen durch Digitalisierung und Organisationsstrategien

Working Paper Forschungsförderung, No. 195

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Vitols, Katrin; Gabriel, Steffen (2020) : Branchenanalyse Sozialversicherungsträger: Veränderungen auf Arbeit, Beschäftigung und Leistungsanforderungen durch Digitalisierung und Organisationsstrategien, Working Paper Forschungsförderung, No. 195, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/225332>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 195, Oktober 2020

Branchenanalyse Sozialversicherungsträger

Veränderungen auf Arbeit, Beschäftigung und
Leistungsanforderungen durch Digitalisierung und
Organisationsstrategien

Katrin Vitols und Steffen Gabriel

© 2020 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Branchenanalyse Sozialversicherungsträger“ von Katrin Vitols und Stefan Gabriel ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Abkürzungen	6
Zusammenfassung.....	7
1. Einleitung	14
1.1 Die Sozialversicherung und ihre Grundprinzipien im System der sozialen Sicherung	15
1.2 Ein kurzer Überblick über die Sozialversicherung	17
1.3 Struktur und Methodik der Studie.....	21
2. Die Deutsche Rentenversicherung als Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung	23
2.1 Leistungen und Tätigkeiten der Deutschen Rentenversicherung (DRV).....	23
2.2 Die Organisation der DRV.....	25
2.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung	28
2.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung.....	32
2.5 Die wirtschaftliche Strategie der DRV	36
2.6 Arbeit und Beschäftigung in der DRV	37
2.7 Trends der Digitalisierung in der DRV und Auswirkungen auf die Beschäftigten	44
2.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der DRV	50
3. Die Bundesagentur für Arbeit als Trägerin der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung, Grundsicherung und des Familienlastenausgleichs	53
3.1 Leistungen und Tätigkeiten der Bundesagentur für Arbeit.....	53
3.2 Die Organisation der BA	57
3.3 Die Finanzierung der BA.....	60
3.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich Arbeitslosenversicherung, der Grundsicherung und des Kindergeldes.....	66
3.5 Die wirtschaftliche Strategie der BA	74

3.6 Arbeit und Beschäftigung in der BA	78
3.7 Trends der Digitalisierung in der BA und Auswirkungen auf die Beschäftigten	91
3.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der BA	97
4. Kranken- und Pflegekassen als Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung	99
4.1 Leistungen und Tätigkeiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	99
4.2 Die Organisation der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	103
4.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	108
4.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	118
4.5 Die wirtschaftliche Strategie der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	124
4.6 Arbeit und Beschäftigung in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	128
4.7 Trends der Digitalisierung in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und Auswirkungen auf die Beschäftigten	137
4.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen	143
5. Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Unfallkassen als Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung	146
5.1 Leistungen und Tätigkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung	146
5.2 Die Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung	154
5.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung	157
5.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung	158
5.5 Die wirtschaftliche Strategie der gesetzlichen Unfallversicherung	161

5.6 Arbeit und Beschäftigung in der gesetzlichen Unfallversicherung	163
5.7 Trends der Digitalisierung in der gesetzlichen Unfallversicherung und Auswirkungen auf die Beschäftigten	169
5.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	173
6. Ergebnisse und Ausblick	176
Literatur.....	188
Autor und Autorin	201

Abkürzungen

AOKen	allgemeine Ortskrankenkassen
BKKen	Betriebskrankenkassen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
DO-Angestellte	Dienstordnungsangestellte
DRV	Deutsche Rentenversicherung
E-Akte	Elektronische Aktenführung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkasse
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
IKKen	Innungskrankenkassen
KBS	Knappschaft-Bahn-See der Deutsche Rentenversicherung
LKK	landwirtschaftliche Krankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Zusammenfassung

Die Sozialversicherung ist ein Eckpfeiler des deutschen Sozialstaats. Sie schützt die Anspruchsberechtigten vor den finanziellen Folgen der größten Lebensrisiken – wie Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Alter und Invalidität. Darüber hinaus stellt sie Maßnahmen zur Verfügung, die Erwerbstätigkeit oder Erwerbsfähigkeit aufrechterhalten oder wiederherstellen. Zur Sozialversicherung gehören die Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung. Die Sozialversicherung ist von Wandel und Dynamik gekennzeichnet. Veränderte Vorgaben der Aufsichtsbehörden, gesetzliche Neuregelungen und eine immer stärker auf Optimierung und Effizienz ausgerichtete Ausgestaltung der Verwaltung, Haushalte und Leistungserfordernisse führen zu einem starken Anpassungs- und Veränderungsdruck, der auch die in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen tätigen Beschäftigten betrifft.

Die Branchenstudie untersucht die komplexen Zusammenhänge, die auf die Träger der Sozialversicherung, u. a. die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Regionalträger, Kranken- und Pflegekassen, die Bundesagentur für Arbeit sowie Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und -kassen einwirken. Im Mittelpunkt der Analyse steht die Frage, wie sich die Veränderungen auf die Arbeit und Beschäftigung bei den Trägern der Sozialversicherung auswirken. Untersucht werden die organisatorischen und strukturellen, gesetzlichen, wirtschaftlichen und finanziellen, aber auch technologischen Entwicklungen und Trends bezogen auf ihre Auswirkungen auf Arbeitsplätze und Qualifikationsanforderungen, Beschäftigungsstruktur und Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. In Anbetracht der aktuellen Corona-Krise wird darauf hingewiesen, dass die Forschungsarbeiten bereits vor dem Ausbruch der Krise abgeschlossen wurden, sodass Erfahrungen und Veränderungen, die auf die Krise zurückzuführen sind, in die Publikation nicht eingeflossen sind. Die Untersuchung nutzt verschiedene empirische Untersuchungsmethoden und basiert neben einer Literaturanalyse und einer Auswertung von Daten des statistischen Bundesamtes auf Experteninterviews in den Zweigen der Sozialversicherung. Wesentliche Ergebnisse der Analyse sind:

1. Die Sozialversicherung ist der Kern des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Sie ist von einer starken Dynamik und einem hohen Wandel gekennzeichnet. Es wirken verschiedene Steuerungslogiken auf die Sozialversicherung ein.

- Die gesetzliche Sozialversicherung ist die wichtigste Institution der sozialen Sicherung in Deutschland. Das Solidarprinzip ist ein zentrales Strukturelement der Sozialversicherung und bietet Schutz für breite Bevölkerungsgruppen. Insgesamt sind nahezu 90 Prozent der Bürger/innen durch die Sozialversicherung abgesichert.
- Die Sozialversicherung ist durch ein Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungslogiken gekennzeichnet. Staatliche Systemintervention durch den Bund sowie auf kommunaler Ebene, starke Regulierung durch zahlreiche Gesetze und eine korporatistische Steuerung im Rahmen der Selbstverwaltungen führen dazu, dass eine Vielzahl von Akteuren auf Struktur und Organisation, Geschäftsprozesse, Leistungserbringung sowie Entscheidungsfindungen bei den Trägern der Sozialversicherung einwirken.
- Gesetzliche Vorgaben haben Auswirkungen auf Leistungserbringung und -umfang, Organisation und Finanzierung der Versicherungen. Dieser Einfluss geht bis zur Vorgabe bei Digitalisierungsprozessen. Die gesetzlichen Regelungen sind dabei selber von einem permanenten Wandel gekennzeichnet und führen im Ergebnis zu einer zunehmenden Komplexität und Vielfältigkeit durch immer neue Regelungen in der Sozialversicherung. Mit sich wandelnden Gesetzesregelungen werden stetig neue Anforderungen an das Personal gestellt.
- Gewählte Vertreter/innen von Arbeitgebern und Versicherten – sowie in Hinblick auf die BA auch Vertreter/innen des Bundes – wirken durch die Selbstverwaltung auf die Willensbildung und Aufgabenerfüllung der Sozialversicherung ein. Dies ermöglicht eine gezielte Berücksichtigung verschiedener Interessen sowie einen Interessenausgleich. Unsere Untersuchung gibt Hinweise, dass die Mitwirkungsrechte der Selbstverwaltung im Laufe der Zeit von der Politik in wichtigen Punkten teilweise eingeschränkt wurden (z. B. bei BA und gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung).

2. Die Finanzierung der Sozialversicherung steht vor zunehmenden Herausforderungen. Die Entwicklungen am Arbeitsmarkt sind ein Problem für die Nachhaltigkeit des Systems.

- Auf die Sozialversicherungssysteme entfielen im Jahr 2018 Ausgaben von 598.811 Millionen Euro. Die Leistungen der Sozialversicherung werden hauptsächlich durch die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer/innen finanziert, ergänzend werden auch Bundesmittel

eingesetzt. Die zentrale Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherung ist das Umlageverfahren.

- Für die Zukunft stellt sich die Frage, inwiefern das Umlageverfahren nachhaltig aufrechterhalten werden kann. Insbesondere für die Deutsche Rentenversicherung und die Pflegeklassen ist im Zuge des demographischen Wandels absehbar, dass das Umlageverfahren in seiner jetzigen Form und Höhe langfristig nicht zur Abdeckung des Bedarfs ausreichen wird.
- Vor der Corona-Krise konnte Deutschland auf eine günstige Arbeitsmarktentwicklung und einen damit verbundenen insgesamten Lohnanstieg verweisen. Dies hat bei den Trägern der Sozialversicherung allerdings nicht in gleichem Maße zu Mehreinnahmen geführt, da Beitragssätze teilweise gleichzeitig gesenkt wurden.
- Zusätzlich ergeben sich Herausforderungen durch den sich wandelnden Betriebsbegriff und die Zunahme atypischer Beschäftigungsformen. Atypisch Beschäftigte fallen aus dem Sicherungssystemen oder erwerben nur geringe Anwartschaften. Dies hat negative Konsequenzen für die Absicherung der Beschäftigten und reduziert gleichzeitig die Beitragszahlungen in die Sozialversicherung.

3. Die Träger der Sozialversicherung übernehmen moderne Managementansätze und -methoden. Neue Orientierungspunkte sind häufig Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen.

- Von den Trägern der Sozialversicherung werden eine stärkere Markt- und Kundenorientierung, die Einführung von Wettbewerbselementen, Effizienzsteigerungen und Optimierungen in der Verwaltung und bei der Leistungserbringung verfolgt.
- Politisch vorgegeben, existiert ein genereller Sparzwang, der sich in Kostendruck auswirkt. Auch bei den Sozialversicherungsträgern geht es in vielen Fällen vor allem um Rationalisierung und Umstrukturierung, Personalanpassung, Digitalisierung und (Kosten-)Controlling.
- Effizienzsteigerungen und Kostendruck führen zu einer Verschlan-
kung von Strukturen und Zusammenlegung von Einheiten bei den Trägern der Sozialversicherung.
- Durch eine verstärkte Fokussierung auf Kosten und wirtschaftliche Effizienz treten Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Anspruchsberechtigten bei der Arbeit der Beschäftigten in den Sozialversicherungen teilweise in den Hintergrund. Insbesondere Beschäftigte der Kranken- und Pflegeklassen, die in einem starken Kostenvettbewerb stehen, kritisieren diese Entwicklung. Eine Ausnahme hierzu bildet die Bundesagentur für Arbeit, wo gerade der Bereich Beratung in den letzten Jahren eine Aufwertung erfahren hat.

4. Alle Träger der Sozialversicherung weisen eine ähnliche Beschäftigungsstruktur auf.

- Frauen stellen ein Großteil der Beschäftigten der Sozialversicherung, ihr Anteil liegt bei bis zu 70 Prozent. Fast 40 Prozent der Beschäftigten arbeiten bei den Trägern der Sozialversicherung in Teilzeit.
- Während in der Vergangenheit Beschäftigte in der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung häufig Beamtenstatus hatten, ist die Zahl der Beamtenverhältnisse inzwischen stark rückläufig. Auch die Anzahl der Dienstordnungsangestellten ist rückläufig.
- Befristete Arbeitsverträge spielen bei den meisten Zweigen der Sozialversicherung eine nachgeordnete Rolle.

5. Die Beschäftigtenzahlen in der Sozialversicherung sind trotz steigender Versichertenzahlen insgesamt rückläufig. Gründe für den Personalmrückgang sind überwiegend Folge von Effizienzsteigerungen und Kostensenkungsmaßnahmen.

- Im Jahr 2018 waren 368.150 Personen (oder 326.740 Vollzeitäquivalente) in der Sozialversicherung beschäftigt. Die Anzahl der Beschäftigten in der Sozialversicherung ist insgesamt leicht rückläufig, obwohl die Anzahl der Versicherten bei vielen Trägern angestiegen ist. Zum Beispiel stieg bis Anfang 2020 die Zahl der Erwerbstätigen, Rentner/innen und Pflegebedürftigen. In der Folge müsste eigentlich ein Beschäftigungsaufbau bei den Trägern der Sozialversicherung zu beobachten sein, jedoch zeigen sich rückläufige Beschäftigtenzahlen bei der Mehrzahl der Träger.
- Gründe für den Personalmrückgang liegen überwiegend in eingetretenen oder auch nur erwarteten Effizienzsteigerungen; vor allem durch die Automatisierung von Tätigkeiten im Rahmen der Digitalisierung. Hinzu kommt ein zunehmender Kostendruck bei den Verwaltungskosten und damit auch den Personalausgaben. Der Kostendruck zur Einsparung von Verwaltungskosten führt dazu, dass der Personaleinsatz und der Personalaufwand begrenzt werden.

6. Der demographische Wandel wirkt auf die Beschäftigung in der Sozialversicherung besonders stark. Es droht eine Verknappung von Fachkräften.

- Im Vergleich zu anderen Branchen zeigt die Altersstruktur der Beschäftigten der Sozialversicherung deutliche Anzeichen einer Überalterung der Belegschaft. Dies führt in der Sozialversicherung dazu, dass in den nächsten Jahren große Teile der Belegschaft in Rente gehen werden. Bei der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung und einigen gesetzlichen Kranken- und Pflege-

kassen erreicht innerhalb der nächsten zehn Jahre rund ein Drittel der Beschäftigten das Rentenalter.

- Parallel zur Überalterung der Mitarbeiterstruktur droht außerdem eine Verknappung von Fachkräften in bestimmten Berufsgruppen, wie im IT-Bereich. Dem Problem eines drohenden Engpasses bei den Beschäftigten soll über die Digitalisierung von Arbeitsprozessen begegnet werden. Gleichzeitig wird die Anzahl der Auszubildenden in einigen Zweigen der Sozialversicherung erhöht.

7. Die Arbeitsverdichtung und -intensität nimmt bei den Beschäftigten der Träger der Sozialversicherung zu. Die Entwicklung ist u. a. Folge einer zu knappen Personalbemessung. Die emotionalen Arbeitsanforderungen sind hoch.

- Der Personalbedarf wird – vor allem vor dem Hintergrund angenommener Optimierungspotenziale – von den Trägern der Sozialversicherung (zu) knapp berechnet.
- Nach dem Empfinden der Beschäftigten hat in allen Zweigen der Sozialversicherung die Menge der Arbeit zugenommen, die pro Mitarbeiter/in erledigt werden muss. Das Ausmaß der Arbeitsverdichtung wird von vielen Beschäftigten in der Sozialversicherung als kritisch wahrgenommen. Personallücken und die Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten führen zu einer hohen Auslastung des verbleibenden Personals.
- Berufsübergreifend nehmen die Arbeitsintensität und die Komplexität der Arbeit zu. Die Arbeitsintensität – und damit auch die mentale Beanspruchung bei der Arbeit – steigen vor allem infolge der Arbeitsverdichtung in Folge des Beschäftigungsabbaus, da die verbleibenden Mitarbeiter/innen für mehr und verschiedenartigere Aufgabengebiete zuständig sind.
- Zusätzlich steigt die Komplexität der Arbeit an, weil die Anliegen der Kunden/innen komplexer geworden sind oder die Betreuung intensiviert wurde. Dies ist einerseits den häufigen gesetzlichen Neuregelungen geschuldet und andererseits auf verschiedene Digitalisierungsprozesse zurückzuführen. Im Rahmen von Digitalisierung werden hauptsächlich einfache Aufgaben als erstes automatisiert, so dass schwierigere Aufgaben bei den Mitarbeitern/innen verbleiben.
- Die emotionalen Arbeitsanforderungen sind in der Sozialversicherung hoch. Der Umgang mit Personen, die sich in problematischen Lebenslagen (z. B. Erwerbslosigkeit, Krankheit) oder an Schnittstellen ihres Lebens (z. B. Rente) befinden, erfordern besondere soziale Kompetenzen. Die hohen emotionalen Arbeitsanforderungen wirken z. T. als Stressfaktor.

8. Der Einsatz von digitalen Technologien ist bei den Trägern der Sozialversicherung unterschiedlich weit entwickelt. Arbeitserleichterungen durch Digitalisierung werden von den Beschäftigten jedoch selten so wahrgenommen. Bisher beschränken sich Substitutionseffekte meist auf einfachere Hilfstätigkeiten.

- Ein zentrales Thema für die Beschäftigung und die Entwicklung der Arbeit ist die Digitalisierung von Tätigkeiten. Digitalisierungsprozesse beinhalten bei den Trägern der Sozialversicherung z. B. die Einführung der E-Akte, Digitalisierungen an der Schnittstelle zum Kunden (z. B. durch Onlinezugänge) und ein vermehrter Einsatz digitaler Technik in den Verwaltungsabläufen – insbesondere im Rahmen der Dunkelverarbeitung.
- Der Stand der Einführung und Umsetzung von digitalen Technologien – insbesondere der automatisierten Arbeitsschritte – ist bei den Trägern der Sozialversicherung unterschiedlich weit entwickelt und die tatsächlichen Auswirkungen der Digitalisierungsbemühungen weichen von Träger zu Träger ab. Treiber der Digitalisierung bei den Trägern der Sozialversicherung sind gesetzliche Erfordernisse, erweiterte technische Möglichkeiten, erwartete Effizienzgewinne und Kostensenkungen sowie Möglichkeiten für einen verbesserten Kundenservice.
- Die elektronische Aktenführung hat sich in fast allen Bereichen der Sozialversicherung durchgesetzt. Sie löst die Papierakte ab und begleitet grundlegende Strukturreformen, da eine Bearbeitung von Akten nun zeit- und ortsflexibel durchgeführt werden kann. Während der Wegfall des Tragens von schweren Papierakten als positiv wahrgenommen wird, kritisiert ein Teil der Beschäftigten, dass das System der elektronischen Aktenführung die Anzahl der zu bearbeiteten Akten im Zuge der Technologisierung erhöht und eine höhere Bearbeitungsquote verlangt. Die bewegungsarme Bildschirmarbeit nimmt zu.
- Wo Arbeitsabläufe automatisiert sind, werden die Mitarbeiter/innen bei eher schwierigen Fällen, zur Fehlerkontrolle und bei Problemmeldungen eingesetzt, was zu einer Zunahme der Komplexität der Arbeit und der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit führt. Arbeitserleichterungen werden hingegen kaum festgestellt.
- Substitutionseffekte in der Sozialversicherung durch Digitalisierung sind bisher nur im geringen Ausmaß an der Zahl der Arbeitsplätze „messbar“ und betreffen durch die Einführung der elektronischen Akte vor allem die Beschäftigten im Aktenarchiv und im Transport von Akten. Die Digitalisierung und Automatisierung führen in der Regel nicht direkt zu Personalabbau und Kündigungen. Der Abbau von Arbeits-

plätzen in der Registratur und im Transport wurde über altersbedingtes Ausscheiden und Umschulungen sozialverträglich geregelt.

- Generell entstehen Substitutionseffekte durch Digitalisierung vor allem bei Beschäftigten mit einem hohen Anteil von Sachbearbeitungsaufgaben. Da diese Gruppe unter den Beschäftigten der Sozialversicherung groß ist, muss hier in Zukunft mit umfangreichen Auswirkungen gerechnet werden.

9. Die Ergebnisse der Analyse weisen auf eine hohe Anpassungsfähigkeit der Sozialversicherung aber auch auf zahlreiche Herausforderungen hin. Um die Sozialversicherung zukunftsfest auszugestalten und angemessen auf die gesellschaftlichen Veränderungen zu reagieren, müssen Trägerinstitutionen und Politik zusammenarbeiten und die Selbstverwaltung gestärkt werden. Neben Fragen der Ausgestaltung und Finanzierung der Sozialversicherung rücken dabei auch die Themen Arbeit und Beschäftigung und Digitalisierung in den Vordergrund.

- Aus den Veränderungen in der Wirtschafts- und Arbeitswelt leitet sich ein Reformbedarf für die Sozialversicherung ab. Trotz der vielfachen Versuche von Politik und den Trägern der Sozialversicherung sich den Herausforderungen anzunehmen, bleiben die Probleme in Hinblick auf Finanzierung, Leistungsansprüche und Anspruchsberechtigung bisher in vielerlei Hinsicht ungelöst.
- Die Selbstverwaltung führt zu sozialer Effizienz und stützt die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung. Die Kontroll- und Beratungsfunktionen der Selbstverwaltung müssen in Zukunft erhalten bleiben.
- Die Träger der Sozialversicherung sind von zunehmenden Kosteneinsparungen betroffen, die zu negativen Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung führen. Insbesondere der Personalabbau und die enge Personalbemessung sind Ansatzpunkte, um die Bedingungen für die Beschäftigten zu verbessern.
- Digitalisierung kann zu Arbeitserleichterungen und den Wegfall belastender Tätigkeiten führen. Dennoch zeigt die Untersuchung, dass Mitarbeiter/innen der Träger der Sozialversicherung kaum positive Auswirkungen von der Digitalisierung ableiten. In Zukunft ist es daher erforderlich, dass Interessen und Anforderungen der Beschäftigten bei der Ausgestaltung der Digitalisierung stärker berücksichtigt werden.

1. Einleitung

Die gesetzliche Sozialversicherung ist die wichtigste Institution der sozialen Sicherung in Deutschland. Ihre fünf Säulen bestehen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung (fortan GUV), gesetzlichen Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung. Insgesamt sind nahezu 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland durch die Sozialversicherung abgesichert, hauptsächlich als Pflichtversicherte, aber auch als freiwillige Versicherte, Mitversicherte oder Leistungsempfänger. Träger der Sozialversicherung sind u. a. die Deutsche Rentenversicherung Bund und verschiedene Regionalträger für die Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit (fortan BA) für die Arbeitslosenversicherung, eine Vielzahl von Kranken- und Pflegekassen für die Kranken- und Pflegeversicherung und verschiedene Unfallkassen und Berufsgenossenschaften für die GUV.

Die Entwicklungen in der Sozialversicherung bilden ökonomische, demographische und fiskalische Veränderungen ab, die Sozialversicherungen reagieren aber auch auf gesellschaftliche und politische Wertevorstellungen. Wie kaum ein anderer Teilbereich der gesellschaftlichen Ordnung ist die Sozialversicherung daher von kontinuierlicher Dynamik und Wandel gekennzeichnet. Veränderte Vorgaben der Aufsichtsbehörden, gesetzliche Neuregelungen und eine immer stärker auf Optimierung und Effizienz ausgerichtete Ausgestaltung der Verwaltung, Haushalte und Leistungserfordernisse stellen die Träger der Sozialversicherung und denen in ihnen beschäftigten Personen vor große Herausforderungen.

Die vorliegende Branchenstudie untersucht die Veränderungen in der Sozialversicherung und ihren Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung. Untersucht werden die organisatorischen und strukturellen, gesetzlichen, wirtschaftlichen und finanziellen, aber auch technologischen Entwicklungen und anderweitigen Trends, die sich in der Branche abzeichnen. Darüber hinaus wird analysiert, wie sich diese Trends auf die Anzahl und Struktur der Beschäftigten in der Sozialversicherung sowie der Ausgestaltung von Arbeit, Qualifikationserfordernissen und den Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auswirken. Dabei werden insbesondere auch die Ansätze zur Umsetzung von Digitalisierungsbestrebungen beschrieben. Die Studie verfolgt das Ziel, Veränderungstendenzen im Zusammenhang mit der Ausgestaltung von Arbeit und Beschäftigung in der Branche detailliert darzulegen.

1.1 Die Sozialversicherung und ihre Grundprinzipien im System der sozialen Sicherung

Artikel 20 des deutschen Grundgesetzes bestimmt, dass Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist. Das System der sozialen Sicherung ist ein Grundbestandteil der Sozialpolitik und des Sozialstaates Deutschland. Das System der sozialen Sicherung sichert vor allem Risiken des Einkommensausfalles wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Unfall, aufgrund von Arbeitslosigkeit, Alter und Invalidität sowie Risiken infolge von Schwangerschaft oder Tod ab. Das System basiert auf den drei Grundpfeilern Vorsorge, Fürsorge und Sozialversicherung. Während die Fürsorge (z. B. Sozialhilfe) und Vorsorge (z. B. Beihilfe, Beamtenpensionen, Kriegsopferversorgung) steuerfinanziert und auf Bedarfsdeckung, Entschädigung oder breite gesellschaftliche Teilhabe ausgerichtet sind, ist die Sozialversicherung beitragsfinanziert und dient insgesamt der sozialen Sicherung gegen die Wechselfälle des Lebens und unterstützt einen sozialen Ausgleich. Ursprünge des deutschen Sozialstaats liegen im späten 19. Jahrhundert und auch die Sozialversicherung geht – mit Ausnahme der erst 1995 geschaffenen Pflegeversicherung – in ihrer Form und in den grundlegenden Prinzipien im Wesentlichen auf die Initiative von Otto von Bismarck zurück (von Miquel 2015).

Die Sozialversicherung ist keine Versicherung im üblichen Sinn, sondern eine Organisationsform, um die Daseinsvorsorge der Bevölkerung zu organisieren. Sie ist von einer Reihe von Gestaltungsprinzipien geprägt. Hierzu gehören: Versicherungspflicht, Beitragsfinanzierung und Umlageverfahren, Solidarität und Äquivalenz und Selbstverwaltung.

Das Prinzip der Versicherungspflicht sieht die Versicherungspflicht für große Teile der Bevölkerung vor. Die Sozialversicherung ist kraft Gesetzes als Pflichtversicherung ausgestaltet und bildet damit einen Gegensatz zu einer freiwilligen Individualversicherung. Die Versicherungspflicht ist in den Zweigen der Sozialversicherung unterschiedlich geregelt, knüpft aber in erster Linie an die Erwerbstätigkeit (im Arbeitnehmer- oder auch Ausbildungsverhältnis) an, wobei weitere Anspruchsberechtigte hinzutreten können. Für Selbstständige gelten in wichtigen Teilen besondere Regelungen.

Grundsätzlich gilt das Prinzip der Beitragsfinanzierung. Die Mittel der Sozialversicherung werden durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber aufgebracht und von staatlichen Zuschüssen und sonstigen Einnahmen ergänzt. Bundesmittel decken überwiegend Kosten ab, die sich aus versicherungsfremden Leistungen ergeben. Die Beiträge der

Versicherten und Arbeitgeber fallen je nach Versicherungszweig unterschiedlich hoch aus und werden paritätisch gezahlt. Eine Ausnahme bildet die Unfallversicherung, wo die Beiträge ausschließlich durch die Arbeitgeber gezahlt werden. Die Kranken- und Pflegeversicherung sowie Arbeitslosenversicherung ist nach dem Beitragsverfahren finanziert, während bei der Renten- und Unfallversicherung ein Umlageverfahren eingesetzt wird. Das heißt, die Ausgaben eines Kalenderjahres werden weitgehend durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres, bzw. soweit erforderlich, durch Einnahmen aus Nachhaltigkeitsrücklagen gedeckt. Im Ergebnis kommt es also nicht zu dem Aufbau eines Kapitalstocks. Angesammeltes Kapital (Mindest- oder Nachhaltigkeitsrücklage) dient im Wesentlichen nur als kurzzeitige Schwankungsreserve und sollen vor allem eine kurzfristige ungünstige Wirtschaftsentwicklung und Engpässe bei der Liquidität einzelner Träger vermeiden (Fichte 2012).

Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung sind von den wesentlichen Grundgedanken der Solidarität getragen. Nach dem Prinzip der Solidarität entrichten die Versicherten Beiträge nach der Höhe ihres Arbeitsentgeltes und damit entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft. Die Sozialversicherung garantiert nicht nur, dass (unselbständige) Erwerbstätige im Rahmen einer Pflichtversicherung Zugang zur sozialen Sicherung haben, sondern schließt über das Solidarprinzip auch weitere Bevölkerungsgruppen mit ein. Die Leistungen, die die Versicherten im Bedarfsfall erhalten, sind jedoch – mit Ausnahme der Höhe der Rente und des Arbeitslosengeldes – für alle Anspruchsberechtigten gleich und unabhängig davon, wieviel der/die Berechtigte an die Sozialversicherungen gezahlt hat. Unterschiede existieren weder in der Qualität noch in der Quantität von Leistungen. Im Sinne dieses Grundsatzes kommt es in den einzelnen Sozialversicherungen zu Umverteilungen durch eine solidarische Lastenverteilung und einen sozialen Ausgleich.

Allerdings gilt dieses Prinzip nur bedingt für den Bereich Rente und Arbeitslosengeld. Hier besteht nach dem Prinzip der Äquivalenz ein direkter Zusammenhang zwischen der Höhe der gezahlten Beiträge und der Höhe der Leistungsansprüche. Zu einer vollständigen Beitragsäquivalenz kommt es jedoch auch in diesen drei Zweigen der Sozialversicherung nicht.

Eine weitere wichtige Grundlage der Sozialversicherung ist das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Träger der Sozialversicherung sind öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Selbstverwaltung und regeln ihre Angelegenheiten unter Rechtsaufsicht des Staates in Eigenverantwortung selbst. Zur Umsetzung der Selbstverwaltung wurden Selbstverwaltungsorgane in den Zweigen der Sozialversicherung geschaffen. Gewählte Vertreter/innen von Arbeitgebern und Versicherten wirken durch die

Selbstverwaltung auf die Willensbildung und Aufgabenerfüllung der Sozialversicherung ein. Dies ermöglicht eine gezielte Berücksichtigung verschiedener Interessen sowie einen fortwährenden Interessenausgleich. Die Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung ist damit ein wichtiges Handlungsfeld der Sozialpartner in Deutschland (Nürnberger 2015). In den meisten Fällen setzen sich die Organe paritätisch aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern zusammen. Eine Ausnahme bildet dabei u. a. die BA, deren Verwaltungsrat drittelparitätisch besetzt ist.

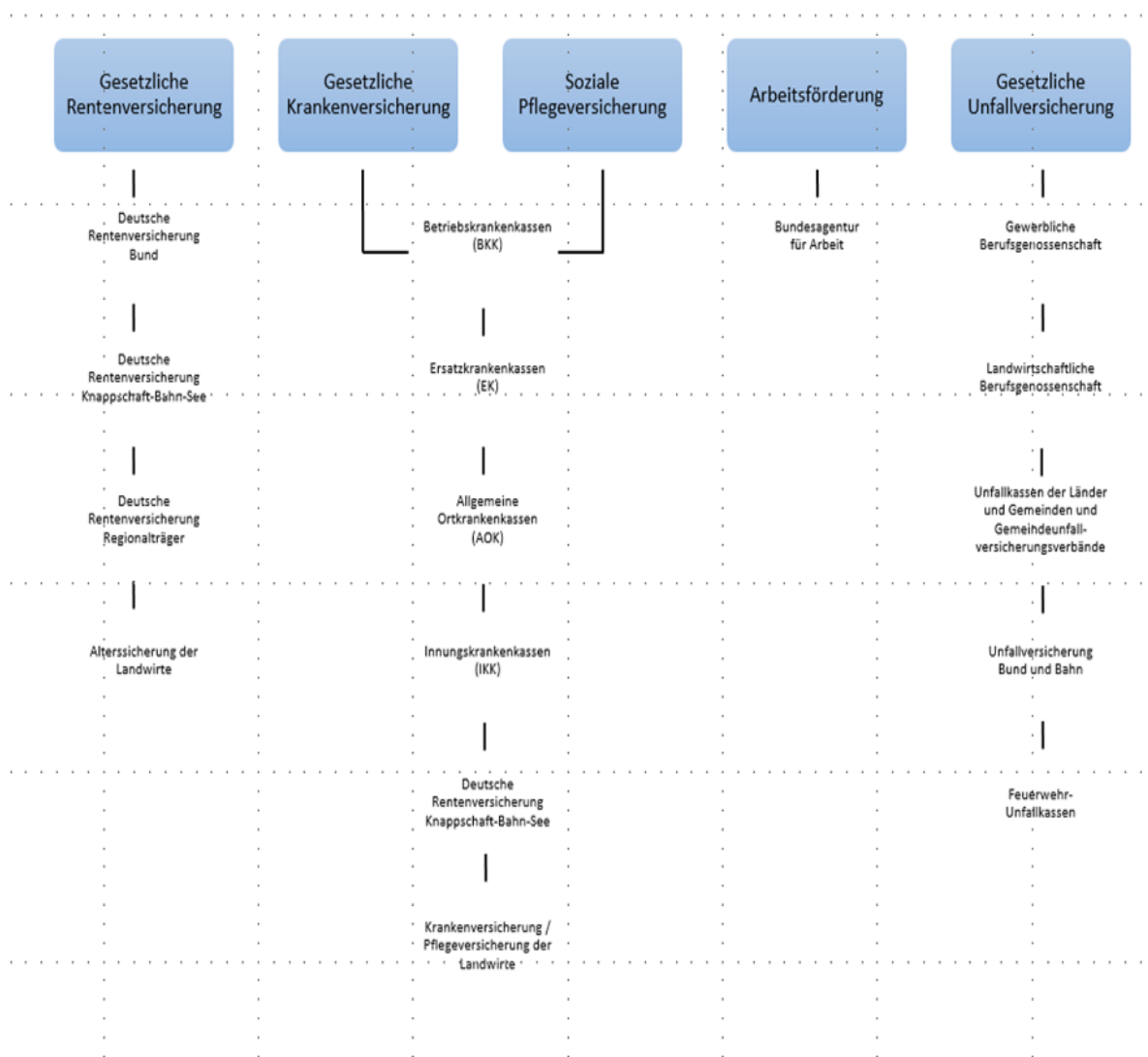
Um die Funktionsfähigkeit des Systems zu erhalten, gilt auch für die Sozialversicherung das Wirtschaftlichkeitsprinzip. Nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip haben die Träger der Sozialversicherung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Dabei erweist sich die Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips bei den Trägern der Sozialversicherung im Vergleich zur Privatwirtschaft durch die Übertragung von öffentlichen Aufgaben und daraus abgeleitete Ziele als deutlich komplexer. Das wirtschaftliche Handeln in der Sozialversicherung findet in einem bedarfsorientierten Kontext statt und die verfügbaren Mittel sind mit dem Ziel der bestmöglichen Aufgabenerfüllung zu verwenden. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips erfolgt demnach in der Sozialversicherung bedarfswirtschaftlich mit dem Ziel der Leistungsmaximierung (auch Wirksamkeitsprinzip) im vorliegenden Einnahmerahmen.

1.2 Ein kurzer Überblick über die Sozialversicherung

Das System der Sozialversicherung ist im Aufbau und aufgrund seiner Regelungsdichte äußerst komplex. Die Komplexität wird verstärkt durch die große Anzahl der Akteure und ihre Heterogenität. Unterschiede existieren dabei nicht nur zwischen den einzelnen Trägern der Sozialversicherung, sondern auch zwischen den Versicherungsträgern innerhalb eines Zweiges der Sozialversicherung. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (fortan KBS). Die gesetzliche Krankenversicherung wird von 105 Krankenkassen durchgeführt, die z. B. bundesweit als Ersatzkassen, regional als Ortskrankenkassen oder auch als Betriebskrankenkassen organisiert sind. Jeder Krankenkasse ist organisatorisch eine Pflegekasse angeschlossen, die für die Leistungsgewährung bei Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Die Arbeitslosenversicherung wird von der BA durchgeführt. Die GUV wird von zehn Be-

rufsgenossenschaften und 24 Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand durchgeführt. Diese sind nach gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften) und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (Unfallkassen, Unfallversicherung Bund und Bahn sowie Gemeindeunfallversicherungsverbänden) gegliedert. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Träger.

Abbildung 1: Die Träger der Sozialversicherung



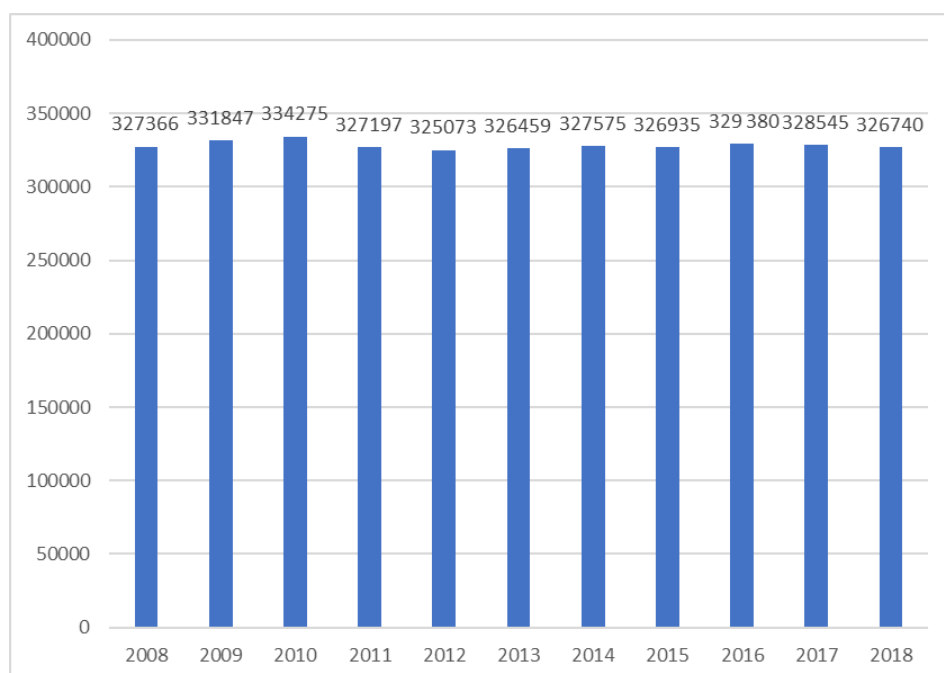
Quelle: angelehnt an Gauss, Heil und Scharfe (2011, S. 678)

Dieses ausdifferenzierte System braucht für seine Funktionsfähigkeit eine große Zahl von Mitarbeiter/innen. Die Träger der Sozialversicherung sind wichtige Arbeitgeber auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Am 30. Juni

2018 waren 368.150 Personen oder 326.740 Vollzeitäquivalente in der Sozialversicherung beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2019). Die meisten Beschäftigten entfallen auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (39 Prozent), gefolgt von der Bundesagentur für Arbeit (31 Prozent), der Deutschen Rentenversicherung (fortan DRV) (17 Prozent) und der GUV (7 Prozent).¹

Eine Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in Vollkräften in der Sozialversicherung insgesamt zeigt, dass die Entwicklung der Beschäftigten zwischen 2008 und 2018 leicht rückläufig ist (vgl. Abbildung 2). Allerdings lässt sich kein kontinuierlicher Trend ausmachen. Zwischen den verschiedenen Trägern und innerhalb der einzelnen Trägergruppen ist die Entwicklung recht unterschiedlich. Ein Vergleich zu 2008 zeigt, dass anteilmäßig an der Gesamtbeschäftigung der Sozialversicherung die DRV (2008: 22 Prozent) und die BA (2008: 30 Prozent) Zuwächse verbuchen konnte.

Abbildung 2: Beschäftigte der Sozialversicherungsträger im Zeitverlauf (in Vollkräften, 2008–2018)



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Statistisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, verschiedene Ausgaben

¹ Der restliche Anteil entfällt auf Knappschaftsversicherung und landwirtschaftliche Sozialversicherung sowie sonstige Einrichtungen.

Traditionell ist der Anteil der Mitarbeiterinnen in den Sozialversicherungen sehr hoch. 70 Prozent der Beschäftigten in der Sozialversicherung waren im Jahr 2018 Frauen. Ihr Anteil ist ansteigend; in den letzten zehn Jahren hat er um drei Prozent zugenommen.

Gleichzeitig wird Teilzeit im Vergleich zur übrigen Wirtschaft viel mehr genutzt. Die Teilzeitquote bei der Sozialversicherung lag bei knapp 35 Prozent im Jahr 2018. In fast allen Zweigen der Sozialversicherung steigt die Anzahl der Teilzeitstellen an.

Das Durchschnittsalter bei den Beschäftigten in der Sozialversicherung betrug im Jahr 2018 45 Jahre. Damit haben die Sozialversicherungen den höchsten Altersdurchschnitt im öffentlichen Dienst.

Der finanzielle Aufwand für die Sozialversicherung ist hoch. Für die Absicherung im Rahmen des sozialen Sicherungssystems wendete der deutsche Sozialstaat im Jahr 2018 997 Milliarden Euro auf (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2019, S. 9). Die Sozialleistungsquote lag im Jahr 2018 bei 29,4 Prozent.² Auf die Sozialversicherungssysteme entfielen in 2018 599 Milliarden Euro. Der größte Anteil floss in die Rentenversicherung mit 313 Milliarden Euro (30 Prozent des Sozialbudgets). Für die Krankenversicherung wurden 237 Milliarden Euro (25 %) ausgegeben. Auf die Pflegeversicherung entfielen 40 Milliarden Euro (4 %) und auf die GUV 14 Milliarden Euro (1 %). Die Ausgaben für die Leistungen der Arbeitslosenversicherung³ beliefen sich auf 26 Milliarden Euro (drei Prozent). Bei fast allen Trägern gab es in den letzten Jahren Zeiträume mit defizitärem und mit positivem Finanzierungssaldo. Grundsätzlich ergibt sich die Volatilität bei der Finanzierung auch durch die politische Einflussnahme auf die Steuerung der Ein- und Ausgaben (Boss 2015).

Rechtsgrundlage der Sozialversicherung ist das Sozialgesetzbuch (fortan SGB). Als Körperschaften des öffentlichen Rechts haben die Träger der Sozialversicherung die Aufgabe, staatliches Sozialrecht auszuführen. Das SGB regelt Aufgaben, Grundsätze und Rechte der jeweiligen Sozialversicherungszweige. Es existieren zwölf Bücher des SGB. Für die obengenannten Versicherungen gelten insbesondere in Hinblick auf die Krankenversicherung das SGB V, im Bereich der Rentenversicherung das SGB VI, für die GUV SGB VII und die Pflegeversicherung SGB XI. Die Arbeitsförderung ist im SGB III geregelt. Wesentlich für das Sozialrecht sind die zahlreichen Anpassungen und Reformen angesichts sich rasch verändernden gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen (von Miquel 2015, S. 28). Nach Bäcker (2020, S. 4)

² Sozialleistungen in v. H. des Bruttoinlandsproduktes

³ Angabe ohne Grundsicherung für Arbeitssuchende, Kindergeld und Familienausgleich

gleiches das Sozialversicherungssystem einer „Dauerbaustelle“. Die gesetzlichen Neuregelungen und sich ändernde Vorgaben der Aufsichtsbehörden prägen die Arbeit und Beschäftigung bei den verschiedenen Trägern der Sozialversicherung. Die Beschäftigten müssen die Abfolge von Reformgesetzen und Neuregelungen in ihrer Arbeit berücksichtigen und z. B. Leistungserfordernisse fortwährend entsprechend anpassen.

1.3 Struktur und Methodik der Studie

Die Studie ist nach den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung gegliedert. Kapitel zwei widmet sich der gesetzlichen Rentenversicherung. In Kapitel drei wird die Arbeitslosenversicherung (einschließlich der Grundsicherung und der Leistungen der Familienkasse) diskutiert. Kapitel vier stellt die Kranken- und Pflegeversicherung dar. Die Unfallversicherung wird in Kapitel fünf beschrieben. Kapitel sechs fasst die Ergebnisse der Teilbereiche zusammen und bietet einen vergleichenden Überblick über die Entwicklungen in der Sozialversicherung. Die Forschungsarbeiten wurden vor Ausbruch der Corona-Krise abgeschlossen, daher fließen Veränderungen, die während der Krise entstanden sind, nicht in die Analyse ein.

Die Darstellung der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung ist dabei einheitlich. Zunächst gibt es einen Überblick über die Leistungen und Tätigkeiten der Träger des entsprechenden Zweiges der Sozialversicherung. Darüber hinaus werden die Organisation des Zweiges der Sozialversicherung, die Träger und ihre Akteure vorgestellt und Ausführungen zur Finanzierung des Versicherungszweiges und eine Analyse der finanziellen Entwicklungen vorgenommen. Die gesetzlichen Regelungen in den entsprechenden Bereichen werden – ergänzt durch eine Darstellung der Abfolge von Neuregelungen und Leistungsanpassungen – ebenfalls dargestellt. Bei der Analyse der wirtschaftlichen Strategie der Träger ist ein zentrales Anliegen der Branchenstudie, aktuelle Veränderungspotentiale zu analysieren und Konsequenzen von erkennbaren Trends festzuhalten. Ein besonders relevanter Teil der Kapitel ist die Untersuchung der Arbeit und Beschäftigung in den Trägern der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung. Es werden u. a. die Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung sowie Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen diskutiert. Außerdem werden Trends der Digitalisierung und die Auswirkungen auf die Beschäftigten festgehalten. Zentrale Fragen sind, wie Digitalisierung Inhalte und Ausgestaltung der Arbeit sowie den Personalbedarf beeinflusst. Jedes Kapitel schließt mit einem Fazit ab, das die Herausforderung in den Beschäfti-

gungs- und Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten des jeweiligen Zweiges der Sozialversicherung zusammenfasst.

Methodisch baut die Branchenstudie auf einer Auswertung der Daten, Literatur und Studien der letzten zehn Jahre im Themenfeld auf. Dabei wurden insbesondere im Hinblick auf Wirtschafts- und Beschäftigungsdaten die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes und weiterer Quellen analysiert. Im Rahmen der Branchenstudie wurden vertiefend Interviews mit gewerkschaftlichen Branchenexperten/innen sowie Betriebs- und Personalräten von Trägern der Sozialversicherung geführt. Themen der Interviews waren u. a. finanzielle, strukturelle und gesetzliche Entwicklungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung, Einschätzungen über die Qualität der Arbeit und den Arbeitsbedingungen sowie die zentralen Problemlagen der Beschäftigten.

2. Die Deutsche Rentenversicherung als Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung

2.1 Leistungen und Tätigkeiten der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

Nach der Einführung der gesetzlichen Regelungen zur Krankenversicherung und der Unfallversicherung wurde die Rentenversicherung ursprünglich unter der Bezeichnung Invaliditäts- und Altersversicherung im Jahr 1889 eingeführt. Die Rentenversicherung war der letzte von Otto von Bismarck initiierte Zweig der Sozialversicherung in Deutschland. Die heutigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und die KBS. Zusammengefasst werden die Versicherungsträger als Deutsche Rentenversicherung (fortan DRV) bezeichnet.

Die Rentenversicherung hat vornehmlich die Aufgabe, den Lebensunterhalt der Versicherten nach Erreichen der Regelaltersgrenze oder bei Erwerbsminderung zu sichern. Hinterbliebenen werden Renten wegen Todes gezahlt. Ein weiteres Aufgabenfeld der Rentenversicherung ist der Bereich Rehabilitation. Durch Rehabilitation soll Erwerbstätigkeit aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden. Hierfür unterhält die DRV eigene Einrichtungen oder beauftragt private oder freigemeinnützige Rehabilitationseinrichtungen. Dabei wird auch der Grundsatz „Prävention vor Reha“ umgesetzt. Hierfür wurde z. B. im Zuge des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) die bisherige Begrenzung des Reha-Budgets für Aufwendungen für Prävention im Dezember 2016 beseitigt. Weitere Leistungen der Rentenversicherung beinhalten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich wirtschaftlicher Hilfen – hierunter fallen z. B. auch Umschulungen.

Alle Arbeitnehmer/innen, die in einem unselbstständigen Beschäftigungsverhältnis stehen, sowie Auszubildende in der Berufsausbildung sind in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Beamten/innen, Richter/innen und Berufssoldaten/innen sind von der Pflichtversicherung ausgenommen. Auch selbstständig Erwerbstätige sind nur zu einem kleinen Teil bei der DRV versicherungspflichtig: Hierunter fallen im wesentlichen Künstler/innen und Publizisten/innen. Für

Selbstständige im Bereich der Land- und Forstwirtschaft ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau zuständig.

Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

- Renten wegen Alters
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Rente wegen Todes (Witwen-/Witwerrenten und Halb-/Waisenrenten)
- Leistung für die Kindererziehung
- Leistung zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilnahme am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung

Die Zahl der Versicherten ohne Rentenbezug betrug am 31. Dezember 2017 55,11 Millionen und ist seit Jahren ansteigend. Allein im Zeitraum 2007–2017 ist die Anzahl um mehr als 5 Prozent angestiegen (2007: 52,14 Millionen). Die Zahl der Rentner/innen (ohne Waisenrenten) in der DRV betrug am 1. Juli 2018 21,04 Millionen und nimmt ebenfalls zu. Sie ist seit 2010 (20,49 Millionen) um knapp drei Prozent angestiegen. Am Stichtag 31.12.2018 wurden 25,70 Millionen Renten durch die Rentenversicherung gezahlt. Darunter fielen 18,25 Millionen Altersrenten, 1,82 Millionen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und 5,62 Millionen Renten wegen Todes.

Es wird erwartet, dass die Anzahl der Rentenzugänge in Zukunft aus demografischen Gründen stark zunehmen wird (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018; Buslei et al. 2019). Ein wesentlicher Grund für den Anstieg ist, dass ab dem Jahr 2020 die geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge in den Ruhestand gehen. Gleichzeitig schrumpfen dadurch die Erwerbsbevölkerung und damit auch die Zahl der Beitragszahler/innen.

Das gesetzliche Renteneintrittsalter für Versicherte beträgt für Jahrgänge, die vor 1964 geboren sind, 65 Jahre. Personen, die ab dem Jahr 1964 geboren sind, erreichen das gesetzliche Renteneintrittsalter erst mit Vollendung des 67. Lebensjahrs. Für die Jahrgänge zwischen 1952 und 1964 erfolgt die schrittweise Anhebung vom 65. auf das 67. Lebensjahr. Das tatsächliche Renteneintrittsalter im Jahr 2017 im Bereich Rente wegen Alters lag im Durchschnitt allerdings bei 64 Jahren in Deutschland. Dies kann u. a. auf verschiedene Möglichkeiten eines vorzeitigen Ruhestandes zurückgeführt werden.

Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung erwerben jedes Jahr einen bestimmten Rentenanspruch (sogenannte Entgeltpunkte), der sich überwiegend an dem erzielten Einkommen orientiert. Neben

versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen (Lebensalter, Erwerbsminderung oder Tod) ist für einen Rentenanspruch eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) zu erfüllen. Auf die Wartezeit können neben der Erwerbstätigkeit auch bestimmte andere Zeiten angerechnet werden (z. B. Schwangerschaft, Kindererziehung, häusliche Pflege eines/einer Pflegebedürftigen oder Arbeitslosigkeit). Am 1. Juli 2017 betrug die durchschnittliche monatliche Rentenzahlung (für Versichertenrenten) für Männer 1.083 Euro. Der durchschnittliche monatliche Zahlbetrag für Frauen lag an dem Stichtag bei 689 Euro.

2.2 Die Organisation der DRV

Bis zum Jahr 2005 waren die Versicherten nach ihrer Stellung im Betrieb oder Branchenzugehörigkeit einem Versicherungsträger zugeordnet. Für die Beschäftigtengruppe der Angestellten war die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) auf Bundesebene und für die Arbeiter/innen 22 regionale Landesversicherungsanstalten zuständig. Die Bahnversicherungsanstalt versicherte Werkstätten- und Betriebsarbeiter/innen der Eisenbahn, die Seekasse versicherte in der Seefahrt beschäftigte Personen und die Knappschaft die Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter/innen.

Mit dem Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 9. Dezember 2004 hat sich die Struktur der Rentenversicherung grundlegend geändert. Das Ziel der Organisationsreform war eine Modernisierung der Verwaltungsstrukturen, um eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität zu erreichen. Verwaltungs- und Verfahrenskosten – die auch Personalkosten einschließen – sollten bis zum Jahr 2010 um zehn Prozent reduziert werden. Außerdem sollte die Serviceorientierung der Versicherungsträger, z. B. durch eine stärkere Versichertennähe, gefördert werden. Der Reform waren jahrelange und schwierige Verhandlungen mit verschiedenen Kompromisslösungen zwischen Bund und Ländern vorausgegangen.

Die Organisationsreform führte letztendlich dazu, dass die Unterscheidung zwischen Arbeiter/innen und Angestellte/innen wegfiel und die Versicherten fortan von allen Trägern betreut werden können. Hierfür werden die Versicherten im Verhältnis von 45 Prozent zu 55 Prozent über ein Vergabeverfahren anhand ihrer Versicherungsnummer der Bundes- oder Regionalebene zugeordnet. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) wurde unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Bund“ fortgeführt und ist auf Bundesebene ansässig. Sitz der Deutschen Rentenversicherung Bund ist Berlin mit Verwaltungsstel-

len in Gera, Stralsund und Würzburg. In Brandenburg/Havel existiert die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA), die sogenannte Riester-Behörde. Die Beschäftigten, die die Zulagen für die geförderte private Altersvorsorge bearbeiten, gehören zur Deutschen Rentenversicherung; finanziert wird die Zulagenstelle jedoch vom Bundesministerium für Finanzen. Die bisherigen Landesversicherungsanstalten wurden im Zuge der Organisationsreform in Regionalträger überführt und sind weiterhin auf regionaler Ebene ansässig. Sie sind der Aufsicht des jeweiligen Bundeslandes unterstellt. Durch Fusionen hat sich die Anzahl der Landesversicherungsanstalten von 20 auf 14 verringert. Die 14 Regionalträger sind:

- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg,
- Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd,
- Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg,
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover,
- Deutsche Rentenversicherung Hessen,
- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland,
- Deutsche Rentenversicherung Nord,
- Deutsche Rentenversicherung Nordbayern,
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen,
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland,
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz,
- Deutsche Rentenversicherung Saarland,
- Deutsche Rentenversicherung Schwaben und
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen.

Die Bahnversicherungsanstalt und die Seekasse schlossen sich mit der Knappschaft zusammen und gingen in die KBS mit Sitz in Bochum auf. Die knappschaftliche Versicherung umfasst neben den Bereich Rentenversicherung auch die Kranken- und Pflegeversicherung entsprechender Berufsgruppen. Außerdem wurde die Minijob-Zentrale bei der KBS eingerichtet. Innerhalb der Bundesebene werden die Versicherten der Rentenversicherung im Verhältnis von 40 Prozent zu fünf Prozent zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und KBS verteilt. Für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See ist weiterhin vorrangig die KBS zuständig.

In dem Gesetz zur Organisationsreform wurde ferner eine stärkere Kooperation zwischen den Versicherungsträgern der Rentenversicherung beschlossen. Hierfür wurde der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in Hinblick auf Grundsatz- und Querschnittsaufgaben mit verbindlicher Entscheidungskompetenz übertragen. Verbindliche Entscheidungen werden von dem

trägerübergreifenden Bundesvorstand getroffen, amtlich veröffentlicht und gelten für alle Versicherungsträger. Allerdings liegen nur für ausgewählte Bereiche verbindliche Entscheidungskompetenzen vor. Hierzu gehören vor allem die Auslegung rechtlicher Sachverhalte und Verfahrensabläufe. Ferner werden die Grundsätze und Koordinierung der Datenverarbeitung gemeinsam beschlossen. In Hinblick auf die Datenverarbeitung wurde im Mai 2019 z. B. beschlossen, die Zahl der Rechenzentren auf zwei zu reduzieren, die dann die Rechentechnik deutschlandweit zentralisieren.

Eine weitere Zentralisierung und Bündelung von Entscheidungen werden von den Versicherungsträgern bisher nicht angestrebt. Die einzelnen Versicherungsträger gelten als selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, und die Versicherungsträger sowie die aufsichtsführenden Bundesländer sind darauf bedacht, ihre Hoheit über Entscheidungen weitgehend beizubehalten. So führt die eigene Personalhoheit z. B. dazu, dass die Versicherungsträger in Hinblick auf die Personalplanung und -entwicklung weitgehend unabhängig voneinander agieren.

Zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unterhält die DRV 22 eigene Rehabilitationskliniken. Insgesamt verfügen die Rentenversicherungsträger über 5.550 stationäre Kapazitäten in eigenen Reha-Zentren sowie rund 21.400 stationäre und 4.000 ganztägig ambulante Kapazitäten in Vertragseinrichtungen. Im Jahr 2018 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die DRV hat im Rahmen der Selbstverwaltung entsprechende Gremien bei allen Versicherungsträgern: Die Regionalträger verfügen über Vertreterversammlungen, die u. a. die Geschäftsführung des Versicherungsträgers wählt und die Haushaltspläne festlegt.

Auf Ebene der Deutschen Rentenversicherung Bund existiert eine Bundesvertreterversammlung, die paritätisch besetzt ist und sich aus Mitgliedern der Deutschen Rentenversicherung Bund, Vertretern/innen der Regionalträger und der KBS zusammensetzt. Dabei gehören 30 Mitglieder der Versichertenseite und 30 Mitglieder der Arbeitgeberseite an. Zu den Aufgaben der Bundesvertreterversammlung gehört u. a., die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beschließen, über Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und über gemeinsame Angelegenheiten der Träger der Rentenversicherung sowie den Haushaltplan zu entscheiden.

Zusätzlich gibt es den Bundesvorstand als ebenfalls paritätisch besetztes Selbstverwaltungsgremium mit 22 ehrenamtlichen Mitgliedern besteht. Der Bundesvorstand konkretisiert die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und gemeinsame Angelegenheiten der Versicherungs-

träger und weist z. B. Einnahmen und Ausgaben für Grundsatz- und Querschnittsaufgaben verschiedenen Haushaltsposten zu. Themen, die im Jahr 2019 im Rahmen der Selbstverwaltung diskutiert worden sind, betrafen z. B. Prozesse der Digitalisierung und der Vereinheitlichung von Softwareanwendungen sowie Marktpreisbandbreiten für Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung spezifischer Indikationen.

2.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Rentenversicherung finanziert sich aus Beiträgen der Versicherten, der Arbeitgeber und einem Bundeszuschuss. Der Bundeszuschuss setzt sich aus einem allgemeinen und einem zusätzlichen Zuschuss zusammen. Während der allgemeine Zuschuss eine Entlastungs- und Ausgleichsfunktion hat und häufig Leistungen mitfinanziert, für die auch Zahlungen von Versicherten und Arbeitgebern aufgewendet werden, kommt der zusätzliche Zuschuss für versicherungsfremde – nicht beitragsgedeckte – Leistungen auf (Raffelhüschen et al. 2011). Versicherungsfremde Leistungen der Rentenversicherung ergeben sich z. B. aus den Berücksichtigungszeiten aus Pflegeleistungen und Kindererziehungszeiten sowie der Anerkennung für Ausbildungszeiten. Auch die vielfältigen Aufgaben der Minijob-Zentrale sind eine versicherungsfremde Leistung der DRV. Hinzu kommen noch Erstattungen für die Aufwendungen der Überführung der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme der DDR in die gesetzliche Rentenversicherung und nach dem Fremdrentengesetz. Die Höhe des Bundeszuschusses richtet sich im Allgemeinen nach dem Durchschnittswachstum des Bruttoverdienstes in Deutschland, rechnet aber auch die Höhe der Beitragssätze sowie Einnahmen aus der Mehrwertsteuer mit ein.

Die Finanzierung der Rentenversicherung erfolgt im Umlageverfahren. Laufende Beiträge werden unmittelbar als Renten ausgezahlt, d. h. die Finanzierung der Rentenzahlung an Renter/innen erfolgt durch Beiträge der aktuell in Erwerbstätigkeit stehenden Personen. Dieses auch als Generationenvertrag bezeichnete Umlageverfahren wird durch eine Nachhaltigkeitsrücklage stabilisiert, die sich aus überschüssigen Einnahmen speist.

Die Beiträge der versicherungspflichtigen Beschäftigten werden von Arbeitnehmern/innen und Arbeitgebern getragen. Freiwillig Versicherte und Selbständige zahlen ihren Beitrag in voller Höhe selbst. Seit dem 1. Januar 2018 beträgt der Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung für versicherungspflichtig Beschäftigte 18,6 Prozent des Ar-

beitsentgelts, wobei Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber jeweils die Hälfte, also 9,35 Prozent, tragen. In der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt der Beitragssatz 24,7 Prozent des Arbeitsentgelts. Der Arbeitgeber trägt hier die Differenz zwischen dem Anteil des/der Arbeitnehmers/in zum allgemeinen Beitragssatz und dem Gesamtbetrag zum knappschaftlichen Beitragssatz (entspricht Arbeitnehmer/innen: 9,35 Prozent, Arbeitgeber: 15,45 Prozent). Beiträge sind nur bis zu einer bestimmten Höhe des Arbeitsentgelts zu zahlen. Die Beitragsbemessungsgrenze betrug im Jahr 2019 in den alten Bundesländern monatlich 6.700 Euro und in den neuen Bundesländern 6.150 Euro. Der Beitragssatz entwickelt sich seit Jahren rückläufig, z. B. betrug der Beitragssatz in den Jahren zwischen 2007 und 2011 noch 19,9 Prozent.

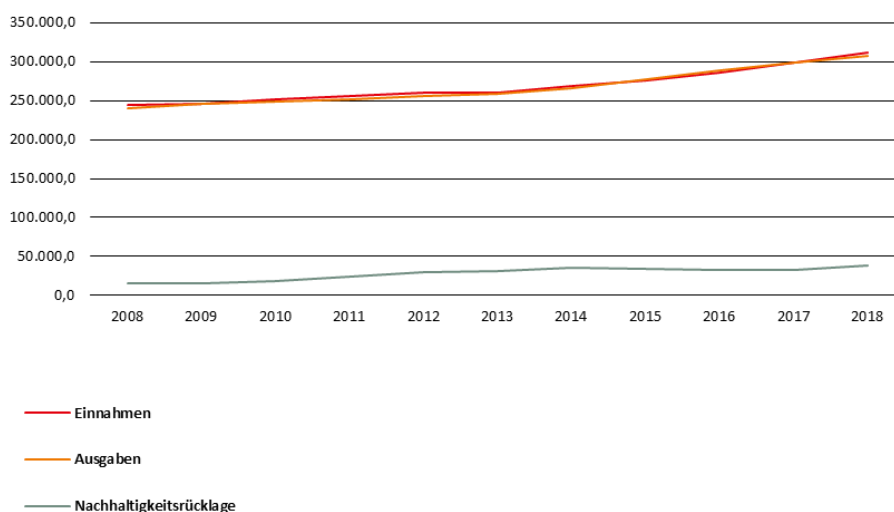
Im Jahr 2018 beliefen sich die Einnahmen der Rentenversicherung auf 312,2 Milliarden Euro. Rund drei Viertel der Einnahmen ergeben sich aus den Beiträgen zur Rentenversicherung und ca. ein Viertel aus den Bundeszuschüssen (Deutsche Rentenversicherung o. J.).

Die Ausgaben betragen 307,8 Milliarden Euro im Jahr 2018 und lagen damit 4,4 Milliarden Euro unter den Einnahmen. Von den Ausgaben entfallen 87 Prozent auf die Rentenzahlungen. Der zweitgrößte Ausgabenposten entfällt mit sechs Prozent auf die Beitragszahlungen der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner/innen.

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre zeigt auf, dass sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben der DRV angestiegen sind (vergleiche Abbildung 3). Auf Einnahmen und Ausgaben wirken verschiedene Einflussfaktoren. So führen Veränderungen im Rentenbestand und bei der Rentenanpassung durch eine zunehmende Zahl von Rentner/innen und steigenden Rentenansprüche zu einer Erhöhung der Ausgaben. Zusätzlich tragen auch gesetzliche Veränderungen, die sich auf die Anspruchsberechtigung positiv auswirken, zu einer Steigerung der Ausgaben bei (z. B. die sog. „Mütterrente“ oder das Pflegegeldgesetz).

Die Beitragseinnahmen hängen von der Höhe des Beitragssatzes, der Beschäftigung und der Entwicklung der Bruttoverdienste ab. Die Erhöhung des Arbeitsentgelts und die Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten durch die anhaltende gute Arbeitsmarktentwicklung hat in den letzten Jahren trotz Senkung des Beitragssatzes zu einer deutlichen Steigerung der Beitragseinnahmen geführt.

Abbildung 3: Einnahmen, Ausgaben und Rücklagebestand der Rentenversicherung, 2008–2018, Angaben in Milliarden Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus *Deutsche Rentenversicherung* (2019, S. 234–235, 245)

Wie Abbildung 3 zeigt, sind in den letzten zehn Jahren Einnahmen und Ausgaben gestiegen. In vier Jahren übertrafen die Ausgaben leicht die Einnahmen, ansonsten hat die DRV einen ausgeglichenen Haushalt aufgewiesen. Die Defizite im Haushalt in den entsprechenden Jahren wurden aus der Nachhaltigkeitsrücklage der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert, die in diesem Zeitraum kontinuierlich angestiegen ist. Mit 38,2 Milliarden Euro erreichte die Nachhaltigkeitsrücklage im Jahr 2018 einen aktuellen Höchststand. Gesetzliche Regelungen bestimmen, dass die Rücklage mindestens 0,2 Prozent und höchstens 1,5 Prozent der Ausgaben für einen Kalendermonat der DRV betragen darf. Allerdings wird diese gesetzlich festgesetzte Obergrenze von 1,5 Prozent der Monatsausgaben seit dem Jahr 2012 überschritten. Im Jahr 2018 betrug die Nachhaltigkeitsrücklage z. B. rund 1,77 Monatsausgaben.

Die Frage der Nachhaltigkeit des Finanzierungssystems der Rentenversicherung ist seit Jahren Ausgangspunkt für Diskussionen und Reformansätze. Durch den demographischen Wandel und die Veränderung der Altersstruktur in Deutschland verschiebt sich das Verhältnis von Beitragszahlern/innen und Rentenbeziehern/innen dauerhaft. Zukünftig werden weniger Beitragszahler/innen mehr Rentner/innen finanzieren müssen. Um das System in der jetzigen Form zu stabilisieren, wurde im Dezember 2018 das Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung verabschiedet. Es führt

sogenannte Haltelinien ein. Demnach darf das Rentenniveau – also das Verhältnis der von Standardrente netto vor Steuern zum Durchschnittslohn – bis zum Jahre 2025 nicht unter 48 Prozent sinken. Gleichzeitig soll der Beitragssatz nicht über 20 Prozent steigen. Die Kosten werden über einen zusätzlichen Bundeszuschuss finanziert.

Langfristig bleibt das Problem, wie das Rentensystem anzupassen ist, um die Rentenzahlungen und damit den Lebensstandard für breite Bevölkerungsschichten im Alter zu gewährleisten. Aktuelle Reformvorschläge verfolgen verschiedene Ansatzpunkte. Von Seiten der Bundesregierung wird derzeit vor allem kommuniziert, neben der gesetzlichen Rentenversicherung noch stärker auf eine private Vorsorge für das Alter zu bauen. Darüber hinaus gibt es Vorschläge zur Absenkung des Rentenniveaus und/oder der Anhebung der Altersgrenze für den Rentenbeginn. Andere Forderungen setzen sich für eine bedingungslose Grundrente sowie eine Erwerbstätigenversicherung ein, die eine Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen, einschließlich z. B. der Beamten/innen und Selbstständigen, in Deutschland vorsieht (Ehrentraut und Moog 2017; Kochskämper/Pimpertz 2017; Preissl 2015; Schmidt 2015; Wagner 2015; Werding 2016). Eine Grundrente mit Bedürftigkeitsprüfung ab dem Jahr 2021 wurde bereits Ende 2019 für Personen mit geringem (Renten-)Einkommen und 35 Versicherungsjahren beschlossen. Die Kommission „Verlässlicher Generationenvertrag“ (sog. Rentenkommission) mit Vertreter/innen der Sozialpartner, der Politik und Wissenschaft, hat im Auftrag der Bundesregierung sich mit den Herausforderungen der nachhaltigen Sicherung und Fortentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung, der privaten und der betrieblichen Altersversorgung ab dem Jahr 2025 befasst. Ihr Bericht, der im März 2020 veröffentlicht wurde, sieht u. a. gesetzlich verbindliche Haltelinien für das Rentenniveau und den Beitragssatz sowie zwei neue sozialstaatliche Bezugsgrößen für den Rentenversicherungsbericht vor, der die Bundesregierung jährlich veröffentlicht (Kommission Verlässlicher Generationenvertrag 2020). Neben den geltenden Bezugsgrößen (Beitragssatz und Sicherungsniveau vor Steuern) soll zum einen eine Bezugsgröße zum Schutz der Beitragszahler/innen vor Überforderung (die am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und zusätzlichen gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeaufwendungen anknüpft) eingeführt werden und zum anderen eine Bezugsgröße zum Schutz der Rentner/innen, die sich am Abstand der verfügbaren Standardrente zum durchschnittlichen Bedarf der Grundsicherung im Alter bemisst. Des Weiteren wird vorgeschlagen, die Mindestrücklage zu erhöhen um Liquiditätsschwankungen der Rentenversicherung auffangen zu können. Außerdem soll ein Alterssicherungsbeirat eingesetzt werden, der die Bundesregierung und

das Parlament mit Information, Stellungnahmen und Empfehlungen unterstützt. Weitere Empfehlungen betreffen die private und betriebliche Altersvorsorge.

2.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung

Das SGB VI enthält seit Inkrafttreten am 1. Januar 1992 das Recht zur gesetzlichen Rentenversicherung. Das SGB VI ersetzte die bis dahin gültigen rentenversicherungsrechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) und des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG) und fasste sie für alle Versicherungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen. Das SGB VI regelt u. a. den versicherten Personenkreis, die Leistungen, Finanzierungsgrundsätze, Beiträge und Verteilung der Beitragslasten.

In den letzten zehn Jahren wurde das SGB VI über 40 Mal geändert. Ein Großteil der rechtlichen Veränderungen betrifft den Bereich Finanzierungsgrundsätze und Beiträge. Per Gesetz wird jährlich der Rentenwert zum 1. Juli jedes Jahres neu berechnet. Aber auch Veränderungen, die auf gesellschaftspolitische Forderungen zurückgehen, wie z. B. nach neuen Formen der Sicherung im Alter, die Berücksichtigung von Kindererziehung oder die Erweiterung des Kreises der Beitragszahler spielen eine Rolle.

Eine Vielzahl von Änderungen ergibt sich dabei aus Maßnahmen zur Anpassung der Rentenversicherung an den demographischen Wandel. So wird bereits seit den 1980er Jahren die Alterssicherung durch zahlreiche Reformmaßnahmen an den demographischen Wandel angepasst. Hierunter fallen z. B. Regelungen zum Altersteilzeitgesetz, zusätzlichen Bundeszuschuss, Alterseinkünftegesetz, Altersgrenzenanpassungsgesetz und Flexirentengesetz. Während eine Vielzahl von Gesetzen Anspruchsberechtigung, Rentenleistungen und Beitragszahlungen regeln, betrifft nur ein Gesetz die Organisation und Struktur der DRV. Allein das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 9. Dezember 2004, welches zu erheblichen Änderungen in Hinblick auf Zuständigkeiten und Aufbau geführt hat, ist hier einzuordnen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die gesetzlichen Änderungen im Bereich der Rentenversicherung in den letzten fünf Jahren.

Tabelle 1: Gesetzliche Änderungen im Bereich der Rentenversicherung 2015 bis 2019 (Auszug)

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2015	
Fünftes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG)	Bei volljährigen Waisen, die noch eine Waisenrente beziehen, wird auf eine Einkommensanrechnung verzichtet.
Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2015 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2015 – RWBestV 2015)	Die Renten steigen um 2,1 % (West) bzw. 2,5 % (Ost).
2016	
Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2016 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2016 – RWBestV 2016)	Die Renten steigen um 4,25 % (West) bzw. 5,95 % (Ost).
2017	
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	Personen sind in der Zeit rentenversicherungspflichtig, in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat.
Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz)	Ab Juli 2017 können Rentner jährlich 6.300 Euro anrechnungsfrei hinzuverdienen. Darüber liegende Verdienste werden zu 40 % auf die Rente angerechnet. Versicherte können ab vollendetem 50. Lebensjahr zusätzlich Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen, um Rentenabschläge auszugleichen, die mit einer geplanten vorzeitigen Inanspruchnahme einer Altersrente einhergehen würden.

2018

Gesetz zur Verbesserung der Leistungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und zur Änderung anderer Gesetze (EM-Leistungsverbesserungsgesetz)

Die Rentenauskunft, die Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren erhalten, wird insbesondere um Informationen ergänzt, wie sich das Vorziehen oder Hinausschieben des Rentenbeginns auf die Rente auswirkt.

Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung und wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II können nebeneinander bestehen.

Der Ausschluss von Anrechnungszeiten wegen versicherungspflichtigen Sozialleistungsbezugs wird auf Fälle der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit begrenzt.

Die Zurechnungszeit für Zugänge in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird bis zum vollendeten 65. (bisher: 62.) Lebensjahr in mehreren Stufen verlängert. Entsprechendes gilt für Erziehungs- und Hinterbliebenenrenten.

Verordnung zur Bestimmung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Jahr 2018 (Beitragssatzverordnung 2018 – BSV 2018)

Der Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung wird von 18,7 % auf 18,6 % gesenkt.

Gesetz über den Abschluss der Rentenüberleitung (Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz)

Ab 1. Juli 2024 gilt in Gesamtdeutschland ein einheitlicher aktueller Rentenwert. Die Angleichung der Ost-Renten erfolgt in sieben Schritten.

Verordnung zur Bestimmung der Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2018 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2018–RWBESTV 2018)

Die Renten steigen um 3,22 % (West) bzw. 3,37 % (Ost).

2019

Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz)

Beginnt eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Erziehungsrente nach dem 31. Dezember 2019 und vor dem 1. Januar 2031 oder ist bei einer Hinterbliebenenrente die versicherte Person nach dem 31. Dezember 2019 und vor dem 1. Januar 2031 verstorben, wird das Ende der Zurechnungszeit angehoben.

In der Rentenversicherung darf das Sicherungsniveau vor Steuern bis zum Jahr 2025 48 % nicht unterschrei-

Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2019 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2019 – RWBestV 2019)

ten und der Beitragssatz darf bis zum Jahr 2025 20 % nicht überschreiten (doppelte Haltelinie).

Für Geburten vor 1992 wird die Kindererziehungszeit auf 30 Monate (bisher: 24 Monate) erhöht (sog. Mütterrente II).

Die Renten steigen um 3,18 % (West) bzw. 3,91 % (Ost).

Quelle: angelehnt an Bäcker 2020

Die vorgenommenen Anpassungen zeigen die Komplexität und Vielfältigkeit von Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung auf. Verschiedene gesetzliche Neuregelungen in den letzten fünf Jahren veränderten die Leistungsansprüche von Personengruppen, wie Waisen, Pflegepersonen oder Personen mit Kindererziehungszeiten. Zur Schließung eventueller Lücken in der Versicherungsbiografie durch Übergänge zwischen Ausbildung und/oder Arbeitslosengeldbezug wurden außerdem Ansprüche an diesen Schnittstellen neu geregelt. Die Neuregelungen weisen darauf hin, dass einer umfassenderen Abdeckung von verschiedenen Lebenslagen in der Rentenversicherung zunehmend Bedeutung zugemessen wird. Das Flexirentengesetz berücksichtigt, dass die Aufnahme von Erwerbstätigkeit nach Rentenbeginn weiter an Bedeutung gewinnt. Dies liegt auch an den niedrigen Rentenansprüchen und Rentenzahlungen eines Teils der Bevölkerung. Weitere Neuregelungen in den letzten fünf Jahren betreffen die jährlichen Rentenwertbestimmungen und die Beitragssätze, die auf Grundlage der Lohnentwicklung und der guten Lage auf dem Arbeitsmarkt gesenkt werden konnten.

Des Weiteren wurde im November 2019 eine Grundrente mit Bedürftigkeitsprüfung beschlossen, die 2021 in Kraft treten soll (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020). Anspruch auf die Grundrente sollen Personen mit niedrigen Rentenansprüchen haben, die mindestens 35 Jahre sogenannte Grundrentenzeiten vorweisen können und Sozialversicherungsbeiträge gezahlt haben – dazu gehören auch Zeiten, in denen Kinder erzogen oder Angehörige gepflegt wurden. Die Grundrente soll die Altersarmut eindämmen.

2.5 Die wirtschaftliche Strategie der DRV

Die Ausgestaltung der Leistungen, Finanzierungsgrundsätze und Regelungen zur Anspruchsberechtigung beruhen nicht auf den Entscheidungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern werden politisch ausgehandelt und durch Gesetzesregelungen bestimmt. Auch die Struktur und Organisation der DRV wurden durch die gesetzlich veranlasste Organisationsreform grundlegend geprägt. Dagegen liegen die Entscheidungskompetenzen über Strukturen innerhalb eines Versicherungsträgers, strategische Ziele, Prozesse und Ressourceneinsatz im eigenständigen Verantwortungsbereich der einzelnen Träger.

Aber auch diese Bereiche sind nicht frei von Außenwirkungen: So geht von den Regelungen im „Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung“, das von dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) und dem Bundesverwaltungsamt herausgegeben wird, eine stark steuernde Wirkung auf das Organisationsmanagement der einzelnen Träger aus (Bundesministerium des Innern/Bundesverwaltungsamt 2018). Grundsätzlich verpflichtet die Bundeshaushaltsordnung (BHO) bei Aufstellung und Ausführung von Haushaltsplänen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten und bei allen finanzwirksamen Maßnahmen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen. Durch das Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung wird dieses Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit als Handlungsgrundlage der öffentlichen Verwaltung etabliert. Alle Bereiche der öffentlichen Verwaltung werden nach der Bundeshaushaltsordnung (BHO) und auf Grundlage der Vorgaben aus dem Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung durch den Bundesrechnungshof regelmäßig überprüft. Der Zweck der Überprüfung ist es, effiziente Aufbau- und Ablauforganisationen zu schaffen, Geschäftsprozesse zu optimieren sowie den Personalbedarf zu ermitteln. Hierfür werden in einer Organisationsuntersuchung, verschiedene Abläufe und Prozesse erfasst und bewertet.

In Hinblick auf die Personalbedarfsermittlung werden Personalausstattung und -struktur überprüft. Dabei wird anhand von Aufgabenfeldern der Personalbedarf für jede einzelne Arbeitsaufgabe ermittelt. Konkretes Ziel der Personalbedarfsermittlung ist es, eine „zeitgerechte Aufgabenerledigung mit angemessener Auslastung der Aufgabenträger“ zu erreichen (ebd. S. 133). Bei den Erhebungen zur Personalbedarfsermittlung soll besonderer Wert daraufgelegt werden, Verbesserungspotenziale im Sinne eines effizienteren Personaleinsatzes festzustellen. Ansatzpunkte hierfür sind insbesondere Digitalisierungspotenziale und Effizienzsteigerung bei den Arbeitsabläufen. Das festgestellte Optimierungspotenzial

wird bei der Ermittlung des (zukünftigen) Personalbedarfs berücksichtigt. Die Überprüfung der DRV erfolgt alle fünf Jahre. Aus diesen Anforderungen ergibt sich ein verstärkter Druck zu Kosteneinsparungen.

Bereits mit Rahmen des Organisationsreformgesetzes wurde die DRV dazu angehalten, Steuerungsinstrumente auszubauen und das Benchmarking und Controlling weiterzuentwickeln. Infolge wurde ein an den Eckpunkten Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kunden- sowie Mitarbeiterorientierung fokussiertes Benchmarking-System eingerichtet. Das Benchmarking-System basiert auf einer standardisierten Kosten- und Leistungsberechnung und vergleicht die Ergebnisse der einzelnen Versicherungsträger untereinander. Erfasst werden z. B. der durchschnittliche Aufwand (Stückkosten), um einen Rentenbescheid zu erstellen und die Dauer einer Rentenberatung. In Hinblick auf die Mitarbeiter/innen wird die Zufriedenheit der Beschäftigten alle zwei Jahre im Rahmen eines „Commitment Index“ ermittelt und z. B. bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammen mit den Personalräten analysiert.

2.6 Arbeit und Beschäftigung in der DRV

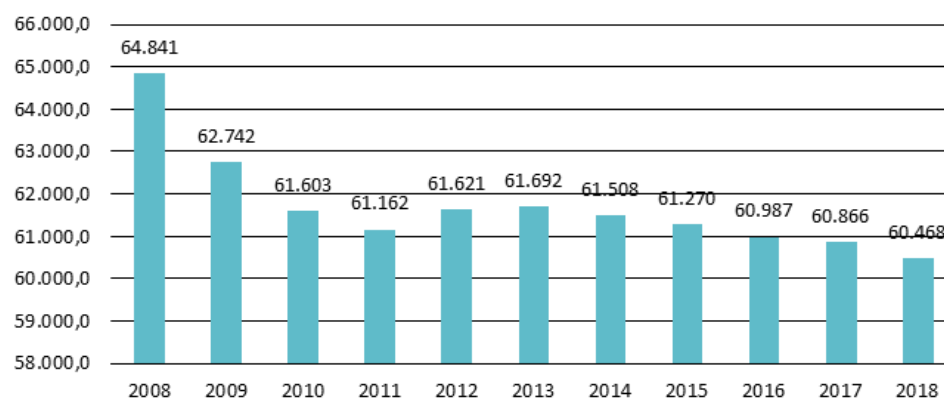
2.6.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung

Die Anzahl der Beschäftigten bei der DRV betrug im Jahr 2018 umgerechnet in Vollzeitstellen 60.468 und ist seit Jahren rückläufig. Die durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) von 2004 geforderte Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten um zehn Prozent wurde in der Folgezeit vor allem durch Einsparungen beim Personal bewältigt. Personalkürzungen wurden durch eine Nicht-Wiederbesetzung offener Stellen, natürliche Fluktuation, Altersteilzeit (im Rahmen eines Maßnahmentarifvertrages und Tarifvertrages zur Beschäftigungssicherung) sowie eine deutliche Reduzierung der Ausbildungszahlen erreicht. In den letzten elf Jahren ist die Anzahl der Vollzeitäquivalente um sieben Prozent und in den letzten fünf Jahren um zwei Prozent zurückgegangen (vergleiche Abbildung 4). Der Personalbestand wurde in den letzten fünf Jahren überwiegend durch Ausnutzung der natürlichen Fluktuation verringert. Zu einem Abbau durch Kündigung von Mitarbeiter/innen kam es nicht.

55 Prozent der Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) sind bei den Regionalträgern tätig. Rheinland, Baden-Württemberg und Mitteldeutschland stellen die größten Regionalträger. Die Deutsche Renten-

versicherung Bund beschäftigt 36 Prozent der Vollzeitäquivalente. Der Rest der Beschäftigten entfällt auf die KBS.

Abbildung 4: Beschäftigungsentwicklung in der DRV, in Vollkräften, 2008–2018



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Deutsche Rentenversicherung (2019, S. 286)

In den Rehabilitationskliniken der DRV waren zum 31. Dezember 2018 3.517 Mitarbeiter/innen beschäftigt (entspricht 2.851 Vollzeitäquivalenten).

Die Teilzeitquote unter allen Beschäftigten ist hoch. Die Beschäftigtenanzahl in Köpfen betrug im Jahr 2018 69.257 und ist damit rund 13 Prozent höher als die Anzahl der Vollzeitäquivalente. Bei der Rentenversicherung Bund betrug die Teilzeitquote knapp 40 Prozent im Jahr 2017.

Fast drei Viertel der Beschäftigten der DRV sind Frauen.⁴ Das Durchschnittsalter der Beschäftigten lag am Stichtag 30. Juni 2018 bei 48 Jahren. Die Quote der Unter-30-Jährigen liegt nur bei 8,6 Prozent (Deutscher Bundestag 2019a und 2019b). Damit hat die DRV einen der höchsten Altersdurchschnitte im öffentlichen Dienst.

Da das Handbuchs für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung Grundlagen für die Personalausstattung und -struktur vorgibt, sind Personalbedarfe und -bestände in der DRV entsprechend stark von den Vorgaben beeinflusst. Darüber hinaus ist der Bereich Personal jedoch kein Bestandteil der Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der DRV und unterliegt somit nicht einer gemeinsamen Steuerung. Das heißt, die einzelnen Rentenversicherungsträger entscheiden selbststän-

⁴ Angabe ohne Knappschaft-Bahn-See

dig über Personalentwicklung und Personaleinsatz. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der sich abzeichnenden zunehmenden Rentenantragstellung sowie den altersbedingten Abgang von Beschäftigten der DRV haben die Träger allerdings begonnen, eine gemeinsame Arbeitsmengenprognose zu erstellen. In ihrem Rahmen wurde u. a. die Zahl der Auszubildenden der DRV erhöht.

In den Expertengesprächen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Auszubildenden noch nicht ausreicht, um den zukünftigen Mehrbedarf an Personal zu decken. Im Zusammenhang mit der Arbeitsmengenprognose haben die Träger versucht, die Voraussetzungen für die Mitarbeiter/innen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern, um die Ausführung der Berufstätigkeit zu erleichtern. Weitere Elemente zur Bewältigung personalpolitischer Herausforderungen werden insbesondere in dem Ausbau der Digitalisierung gesehen (Deutscher Bundestag 2019b). Bereits in der Vergangenheit wurde aus Digitalisierungsprozessen in der DRV eine Reduktion des Personalbedarfs abgeleitet.

Arbeitnehmer/innen machen 72 Prozent der Beschäftigten der DRV aus. Dabei entfallen elf Prozent der Arbeitnehmer/innen auf den höheren Dienst, 25 Prozent auf den gehobenen Dienst und 64 Prozent auf den mittleren und einfachen Dienst. Auf die Gruppe der Beamte/innen entfallen 21 Prozent der Gesamtbeschäftigten. Sie setzen sich zusammen aus zehn Prozent höherer Dienst, 88 Prozent gehobener Dienst und zwei Prozent mittlerer und einfacher Dienst. Dienstordnungsangestellte (fortan DO-Angestellte) existieren in der DRV nicht. 91 Prozent der Beschäftigten können dem Verwaltungspersonal zugerechnet werden. Ansonsten setzen sich die Beschäftigten der DRV (ohne Rehabilitationseinrichtungen) aus sonstigem Fachpersonal, Personal im sozialmedizinischen Dienst und Wirtschafts- und Kantinenpersonal sowie Boten und Handwerker zusammen.

Die größte Berufsgruppen der DRV (ohne Rehabilitationseinrichtungen) stellen Sozialversicherungsfachangestellte. Die duale Ausbildung zum/zur Sozialversicherungsfachangestellten wird speziell in den Fachrichtungen Rentenversicherung und knappschaftliche Sozialversicherung angeboten und dauert in der Regel drei Jahre. Einsatzbereich nach Abschluss der Ausbildung ist häufig der mittlere Dienst. Zu dem Aufgabenprofil von Sozialversicherungsfachangestellten in der Rentenversicherung gehört vor allem die Beratung von Versicherten über das Leistungsangebot der DRV und die Erteilung von Rentenauskünften, die Bearbeitung von Anträge auf Leistungen sowie die Berechnung der Rentenzahlungen. Sozialversicherungsfachangestellte, die als Versicherten-

berater/innen in Auskunfts- und Beratungsstellen eingesetzt werden, werden dem gehobenen Dienst zuzuordnen.

Darüber hinaus werden von den einzelnen Versicherungsträgern verschiedene Berufsgruppen für den gehobenen und höheren Dienst eingestellt. Hierunter fallen z. B. Absolventen der Aufstiegsweiterbildung für Sozialversicherungsfachangestellte zum/zur Fachwirt/in – gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung. Die Fachwirte/innen werden häufig als Sachbereichsleiter/innen eingesetzt. Sie sind u. a. für Personalfragen und für die Bearbeitung schwieriger fachlicher Aufgaben zuständig. Ausbildende Institution ist hier der Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, der von der Deutsche Rentenversicherung Bund getragen wird und allen Versicherungsträgern offensteht. Mitarbeiter/innen, die in einem Beamtenverhältnis stehen, durchlaufen ebenfalls das Studium an der Hochschule für öffentliche Verwaltung.

Eine weitere Gruppe von Beschäftigten ist im Prüfdienst als Beauftragte/er im Außendienst mobil tätig und kontrolliert im Rahmen von Betriebsprüfungen die korrekte Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen. Beauftragte im Außendienst haben ein duales Studium durchlaufen.

Je nach Versicherungsträger werden außerdem Hochschulabsolventen/innen verschiedener Studienzweige der Sozialversicherungsbetriebswirtschaft und -verwaltung eingestellt. Einige Regionalträger rekrutieren auch Absolventen/innen der Studienrichtung Jura.

Im Zuge der Digitalisierung nimmt die Anzahl der Beschäftigten im Bereich Informationstechnologie der DRV zu. Durch den generellen Fachkräftemangel im IT-Bereich in Deutschland sowie einer häufig besseren Bezahlung in der privaten Wirtschaft, leiden jedoch fast alle Rentenversicherungsträger unter Stellenbesetzungsproblemen. Insgesamt ist der Personalmangel zwischen den einzelnen Rentenversicherungsträgern unterschiedlich ausgeprägt. Während einige Rentenversicherungsträger versuchen müssen, einen Bewerbermangel durch das Angebot von Verbeamtung abzumildern, gibt es bei anderen Trägern genügend Bewerbungen. Das Instrument der Befristung von Arbeitsverträgen wird bei der DRV selten genutzt.

2.6.2 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der DRV

Da die Personalhoheit bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern liegt, können Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen bei der DRV sehr

unterschiedlich ausgestaltet sein. Dennoch weisen die Ergebnisse aus den Expertengesprächen auf eine Reihe von Gemeinsamkeiten hin.

Übereinstimmend werden die emotionalen Arbeitsanforderungen bei der DRV als hoch eingeschätzt. Die Arbeitsanforderungen ergeben sich vor allem aus dem Kundenkontakt. Auch Beschäftigte im Bereich Sachbearbeitung stehen im direkten Austausch mit Versicherten. Anders als bei anderen Zweigen der Sozialversicherung werden Versicherte kaum an Callcenter vermittelt, sondern können telefonisch direkt mit dem/der Sachbearbeiter/in in Kontakt treten.

Übereinstimmend wird berichtet, dass die mentale Beanspruchung bei der Arbeit bei allen Versicherungsträgern zugenommen hat. Dies ist einerseits einer Arbeitsverdichtung in Folge von verschiedenen Digitalisierungsprozessen geschuldet und andererseits auch den komplexer werdenden Tätigkeiten durch häufige gesetzliche Neuregelungen geschuldet. Gesetzliche Änderungen im Bereich Rentenversicherungen haben oft eine Erweiterung oder Konkretisierung von Leistungen und Anspruchsgruppen zur Folge und müssen somit bei der Rentenberatung und Erstellung von Bescheiden berücksichtigt werden. Beschäftigte beklagen, dass sie sich überwiegend selbstständig in die Neuregelungen einarbeiten müssen. Hinzu kommt, dass gerade bei gesetzlichen Neuregelungen Mitarbeiter/innen mit Rechtslücken und Unklarheiten konfrontiert werden, die Klärungsbedarf verlangen. Gleichzeitig hat ein Prozess der Verlagerung und Übertragung von Verantwortlichkeiten auf Mitarbeiter/innen der mittleren Hierarchieebene in den Versicherungsträger eingesetzt, ohne dass dies nach Meinung der Mitarbeiter/innen entsprechend anerkannt wurde und sich z. B. in Entgeltsteigerungen niederschlagen hat.

In den Gesprächen wurde betont, dass die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, zugenommen hat. Das hat zur Folge, dass die Rückstände bei der Bearbeitung von Fällen immer stärker zunehmen. Bei den Beschäftigten führen hohe Rückstände bei der Bearbeitung häufig zu Stress, da Mitarbeiter/innen sich stark dem Prinzip verpflichtet fühlen, Anspruchsberechtigte mit Beratungen und Leistungen zur Seite zu stehen.

Das Problem der langen Wartezeiten bei der Vergabe von Beratungsterminen bei der DRV war im Herbst 2019 auch Gegenstand von Presseberichten (Stiftung Warentest 2019). Nach Vorgaben des Bundesrechnungshofs darf eine Rentenberatung in den Auskunfts- und Beratungsstellen durchschnittlich 34 Minuten dauern. Nach Meinung der Interviewpartner/innen liegt der tatsächliche Zeitbedarf für solche Beratung allerdings deutlich darüber.

Die Arbeitsverdichtung ist einer generell zu knappen Personalbemessung geschuldet. Das Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung berücksichtigt veränderte Anforderungen an die Beschäftigten nicht im ausreichenden Maße. Hinzu kommt, dass die zunehmende Komplexität von Fällen durch die häufigen gesetzlichen Änderungen im Handbuch bei der Personalbemessung nicht berücksichtigt wird. Auch dem Mehraufwand, der sich aus der Vergrößerung des Kreises der Leistungsempfänger durch die Mütterrente und den gesteigerten Beratungsleistungen im Hinblick auf das Flexirentengesetz ergibt, wurde nur teilweise mit einer Personalaufstockung begegnet.

Besonders befürchten die Mitarbeiter/innen der DRV die Auswirkungen, die durch die Einführung der Grundrente auf sie zukommen. Zwar tritt das Gesetz zur bedürftigkeitsgeprüften Grundrente erst im Jahr 2021 in Kraft, aber bereits jetzt häufen sich die Anfragen von Versicherten hierzu. Die Bedürftigkeitsprüfung führt zu einer umfassenden Erweiterung der Tätigkeiten der Beschäftigten, da einerseits im Vorfeld die Ansprüche für Rentenzahlungen geklärt und berechnet werden und andererseits im Nachgang Zahlungen in enger Abstimmung mit dem Finanzamt auf Korrektheit überprüft werden müssen. Ver.di schätzt, dass für die Umsetzung der Grundrente rund 3.000 Stellen fehlen.

Die knappe Personalbemessung führt an vielen Stellen dazu, dass Mehr-Arbeit von den Beschäftigten erledigt werden muss. Beispielsweise hat die Reduzierung der Anzahl der Boten/innen zur Folge, dass nun die Sachbearbeiter/in die Akten selbst holen müssen.

Überstunden werden in der DRV in der Regel erfasst und ihre Höchstzahl ist begrenzt. Somit sollten ausufernde Überstunden für die Beschäftigten der DRV kein Problem darstellen.

Die Interviewpartner/innen gehen nur teilweise oder sogar nicht davon aus, dass es bei der DRV ausreichend Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege für die Beschäftigten gibt. Auch Fort- und Weiterbildungen werden nicht in einem ausreichenden Maße vom Arbeitgeber finanziert. Beschäftigte kritisieren das geringe Angebot an Personalentwicklungsmaßnahmen. Zwar existieren verschiedene Personalentwicklungskonzepte bei den Versicherungsträgern (Rüsch 2014), aber insgesamt ist das Angebot von Aufstiegsweiterbildungen begrenzt und Beförderungen sind selten. Dieses vor allem dem Umstand geschuldet, dass der Bedarf an Führungskräften rückläufig ist.

Die Bereitschaft der Beschäftigten die DRV zu verlassen, um für einen anderen Arbeitgeber zu arbeiten ist nach Angaben der Interviewpartner/innen allerdings gering. Die Mitarbeiterbindung ist generell sehr hoch, nimmt aber insbesondere bei neuen Ausbildungsabsolventen/innen tendenziell ab.

Personalkosten sind Bestandteil der Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten sind im Verhältnis zu den Ausgaben für Leistungen der DRV gering und beliefen sich im Jahr 2018 auf 1,3 Prozent. 70 Prozent der Verwaltungs- und Verfahrenskosten entfallen auf die Personalkosten. Die Angemessenheit der Entlohnung wird von den Interviewpartner/innen abhängig vom Versicherungsträger unterschiedlich eingeschätzt. Für alle Beschäftigten der DRV gilt der „Tarifvertrag für die Deutsche Rentenversicherung“, in der Praxis werden bei den Versicherungsträgern aber Arbeitsinhalte und -aufgaben z. T. verschiedenen Entgeltgruppen zugeordnet.

Der Tarifvertrag der Deutschen Rentenversicherung 2019

Der Tarifvertrag der Deutschen Rentenversicherung setzt sich aus den Tarifverträgen Deutsche Rentenversicherung (TV-TgDRV), Deutsche Rentenversicherung Bund (TV DRV-Bund) KBS (TV DRV KBS) zusammen. Unterschiede zwischen den einzelnen Tarifverträgen bestehen allerdings kaum. Insgesamt verfügt der Tarifvertrag über 15 Entgeltgruppen und ist in sechs Stufen unterteilt. Der Tarifvertrag ist am 1. April 2019 in Kraft getreten und läuft bis zum 29. Februar 2020. In der letzten Tarifrunde konnte zum 1. April 2019 eine Gehaltssteigerung von 3,09 Prozent und zum 1. März 2020 eine Gehaltserhöhung von 1,06 Prozent durchgesetzt werden. Außerdem wurde für die unteren Entgeltstufen (E1 bis E6) eine Einmalzahlung von 250 Euro erwirkt. In der Regel werden die für die Angestellten vereinbarten Entgelte und Arbeitsbedingungen per Gesetz auch auf die Beschäftigten Beamten/innen übertragen. Arbeitnehmer/innen im mittleren Dienst erhalten auf Basis der Entgeltgruppen E7 bis E9a ein Gehalt von 2598,38 bis 2926,28 Euro auf der ersten Stufe (entspricht unter einem Jahr Betriebszugehörigkeit). Im gehobenen Dienst werden häufig die Entgeltgruppen E9 bis E10 gezahlt, was einem Gehalt von 2.926,28 bis 3.331,10 Euro auf der ersten Stufe entspricht. Der höhere Dienst umfasst in der Regel die Gehaltsstufen E13 bis E15, die mit 3.996,72 bis 4.788,35 Euro auf der ersten Stufe vergütet werden.

Der Tarifvertrag wurde von ver.di und der GdS (Gewerkschaft der Sozialversicherung) und der DRV ausgehandelt. Die GdS stellt jedoch nur wenige Arbeitnehmervertreter/innen. Alle Versicherungsträger verfügen über Personalräte. Neben den Personalräten bei den einzelnen Versicherungsträgern existiert eine gemeinsame Arbeitsgruppe „Personalvertretung der Deutschen Rentenversicherung“. Die Arbeitsgruppe wurde mit dem Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenver-

sicherung (RVOrgG) ins Leben gerufen und basiert auf einer gesetzlichen Grundlage im SGB VI. Die Gruppe setzt sich aus drei Mitgliedern der Personalvertretung der Deutschen Rentenversicherung Bund, einem Mitglied der Personalvertretung der KBS sowie je einem Mitglied der Personalvertretung jedes Regionalträgers zusammen. Die Arbeitsgruppe kann im Rahmen der Anhörung Stellungnahmen zu den Grundsätzen von Organisation, Personalwesen, Datenverarbeitung, Aus- und Weiterbildung und der Organisation der Auskunft- und Beratungsstellen abgeben, wenn von diesen Grundsätzen ein Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten abgeleitet werden kann. Damit verfügt die Arbeitsgruppe über Konsultations- aber keine Mitbestimmungsrechte.

2.7 Trends der Digitalisierung in der DRV und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Die Ausgestaltung der Informations- und Kommunikationstechnologie der DRV ist einer der wenigen Bereiche, der als sogenannte Grundsatz- und Querschnittsaufgabe für die Versicherungsträger einheitlich geregelt ist. Mit Ausnahme von Programmen für die innere Verwaltung (z. B. Lohn- und Gehaltsabrechnungssysteme, Zeiterfassungssysteme, Personaldatensysteme, Lagerhaltung und -überwachung) sowie für die Rehabilitationseinrichtungen kommen in den Kernbereichen der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Regionalträgern und der KBS die gleichen IT-Anwendungen zum Einsatz.

Die Digitalisierungsbemühungen in der DRV gehen z. T. auf gesetzliche Erfordernisse zurück. Treiber der Digitalisierung auf gesetzlicher Ebene sind das „Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung (E-Government-Gesetz – EGovG)“ vom 25.07.2013, das die DRV als Körperschaft des öffentlichen Rechtes dazu verpflichtet, ihre Digitalisierungsstrategie voranzutreiben. Das Gesetz verlangt u. a. von jeder Behörde, die elektronische Übermittlung von Daten und Nachweisen (einschließlich der Nutzung von elektronischen Signaturen) zu ermöglichen. Die Behörden des Bundes sollen ihre Akten elektronisch führen. Auf dem Weg zur elektronischen Aktenführung sollen Papieroriginale in elektronischer Form umgewandelt werden. Außerdem sollen Behörden Informationen im Internet zur Verfügung stellen und elektronische Bezahlmöglichkeiten anbieten. Neben dem E-Government-Gesetz spielt für die DRV auch das im August 2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG)“ eine Rolle. Dies Gesetz verpflichtet Bund und

Länder, bis zum Jahr 2022 Verwaltungsleistungen elektronisch über das Internet anzubieten.

Neben der Erfüllung der gesetzlichen Erfordernisse sollen die Digitalisierungsbestrebungen vor allem dazu dienen, die DRV vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach den Dienstleistungen der DRV und eines abnehmenden Personalbestandes funktionsfähig zu halten. In der Digitalisierung von Tätigkeiten und Prozessen wird ein Weg gesehen, auf den steigenden Altersdurchschnitt der Beschäftigten bei den Versicherungsträgern zu reagieren und drohenden Personalengpässen wirksam entgegenzutreten. Gleichzeitig sollen Digitalisierung und Automatisierung von Prozessen dazu beitragen, die steigende Anzahl von Aufträgen, die u. a. durch die zunehmende Zahl von Rentner/innen auf die DRV zukommen, zu bewältigen.

Von der Digitalisierung wird sich eine schnellere und kostengünstigere Auftragserledigung versprochen. Die Digitalisierung soll Verwaltungs-, Personal- und Verfahrenskosten senken und zu einer Verringerung von Laufzeiten führen. Durch die Erhöhung von Prozess- und Servicequalität über Digitalisierung soll außerdem die Kundenzufriedenheit gesteigert werden. Von allen Sozialversicherungsträgern verfügt die DRV über die mit Abstand größten Datensätze. Die DRV hat in den vergangenen Jahren damit begonnen die elektronische Akte, elektronische Archive, Scan-Straßen und elektronische Postkörbe einzuführen. Der Prozess ist jedoch bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Außerdem wurde die Internetpräsenz ausgebaut und eine elektronische Antragstellung ermöglicht. In Teilbereichen wurde begonnen, elektronische Dokumentenworkflows einzusetzen.

Die Hauptanwendung der DRV heißt rvSystem und kommt seit Ende 2017 bei allen Trägern der Versicherung zum Einsatz (Deutscher Bundestag 2019b). rvSystem deckt verschiedene Prozesse der Sachbearbeitung ab. Mitarbeiter/innen benutzen rvSystem zur Eröffnung und Führung von Versicherungskonten, Berechnung und Auszahlung von Renten, Verbuchung von Beiträgen und Bewilligungen und Abrechnungen von Rehabilitationsleistungen. Papieranträge und andere Schriftstücke, die auf dem Postweg eingereicht werden, werden über Scan-Systeme digitalisiert und den Sachbearbeiter/innen in digitalen Postkörben weitergeleitet. Auch das Personal der Auskunfts- und Beratungsstellen hat auf rvSystem Zugriff. Rentenartbezogene Auskünfte können so z. B. direkt erteilt werden. Auch Beschäftigte des Betriebsprüfendienstes nutzen das System. In das rvSystem sind außerdem verschiedene Datenaustauschverfahren mit eingebunden. Hierunter fällt z. B. der Datenaustausch mit der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL),

Handwerkskammern, Einwohnermeldeamt, Zoll, Gerichten und Gerichtsvollziehern.

Basis der Fachanwendungen ist die elektronische Akte. Die elektronische Versichertenakte umfasst die elektronische Speicherung aller Vorgänge eines Versicherungskontos. Sie ist in die Bereiche persönliche Daten, Versicherung/Beitrag, Rente und Rehabilitation untergliedert. Dokumente können direkt aus der Fachanwendung oder aus anderen Erfassungssystemen archiviert werden. Bisher wurde der Übergang von der Papierakte zu elektronischen Akten von den Versicherungsträgern unterschiedlich weit vollzogen.

An der digitalen Schnittstelle zu den Bürgern/innen spielen verschiedene Online-Angebote eine Rolle. Neben vielfältigen allgemeinen Informationsangeboten existieren individualisierte Online-Angebote für Auskünfte und Versicherungsunterlagen zum Versicherungsverlauf, zur Renteninformation, Beitragsrechnung, Hinzuverdienstgrenze, Anschriftenänderung und vieles mehr. Außerdem bieten die Webseiten der DRV verschiedene Online-Rechner an, z. B. für Rentenbeginn und Rentenhöhe, Hinzuverdienst und zur Flexirente. Eine digitale Terminvergabe ist über das Portal eTermin möglich. Da ein großes Risiko bei den Online-Diensten der DRV die Sicherung des Datenschutzes darstellt, ist für die Nutzung des Angebotes teilweise ein elektronischer Personalausweis mit eID-Funktion Voraussetzung.

Elektronische Antragsverfahren existieren z. B. für Anträge auf Rente, Rehabilitationsmaßnahmen und Kontenklärung. Versicherte können online das passende Formular (sogenannter eAntrag) selbstständig ausfüllen. Bereits während der Antragstellung werden die Eingaben mit dem Versichertenkonto abgeglichen und auf Plausibilität geprüft. Allerdings ist das Angebot mit Zugriff auf die Bestände der Rentenversicherung bisher nur zeitlich eingeschränkt verfügbar. Viele Versicherungsträger können ihre Datenverarbeitungssysteme (noch) nicht 24 Stunden am Tag und sieben Tage der Woche betreiben. Hierzu sind organisatorische Anpassungen und umfangreiche Änderungen der Systemkonzepte der Datenverarbeitungssysteme erforderlich (Meier 2019).

Bei den Versicherungsträgern werden verschiedene digitale Kommunikationswege angeboten. Für eine sichere elektronische Kommunikation mit den Versicherten kommt De-Mail zum Einsatz. Die DRV Bund bietet e(chat) an, also eine elektronische Kommunikation mittels geschriebener Texte in Echtzeit. Die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation beziehen sich nicht nur auf den Kreis der Versicherten, sondern schließt auch den Austausch mit anderen Behörden und Institutionen ein.

Noch erfolgt die Prozesssteuerung – wie z. B. die Eingabe von Daten und Arbeitsaufträgen, die die maschinellen Folgeverarbeitungen auslösen, – weitgehend durch die Sachbearbeiter/innen. Nur bei einzelnen Arbeitsschritten hat sich eine (Teil-)Automatisierung durchgesetzt. Verfahren, die völlig automatisch ablaufen, sind bisher nur gering verbreitet. Sie existieren z. B. im Rahmen der maschinellen Terminverfolgung (z. B. Einstellung von Zeitrenten) oder sachbezogenen Verarbeitungsläufen (monatlicher Beitragseinzug, Einkommensüberprüfung, statistische Meldungen). Elektronische Arbeitsabläufe (sogenannte Workflows) sollen jedoch langfristig Geschäftsprozesse der DRV weitgehend eigenständig verwalten und steuern. Sie gelten als Dreh- und Angelpunkt, um mit weniger Personal die steigende Zahl der Rentenanträge und andere Aufgaben bewältigen zu können.

Inhaltlich, technisch und organisatorisch ist die Digitalisierung der DRV ein schwieriges Unterfangen. Teile der IT-Anwendungen stammen aus den 1970er und 1980er Jahren. Bevor die Digitalisierung als Grundsatz- und Querschnittsaufgabe eingestuft wurde, kamen bei den verschiedenen Versicherungsträgern unterschiedliche IT-Anwendungen zum Einsatz. Diese Anwendungen wurden zwischen den Jahren 2013 bis 2017 bei allen Versicherungsträgern weitgehend vereinheitlicht. Während die Regionalträger und KBS mit dem Programm „gemeinsames Rentenversicherungssystem (GRVS)“ bereits mit einem Vorgängersystem von rvSystem arbeiteten, ersetzte das rvSystem die damalige IT-Anwendung der Deutschen Rentenversicherung Bund fast vollständig. Die Vereinheitlichung der Anwendungen war so insbesondere bei der Deutschen Rentenversicherung Bund mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Die Übertragung von Millionen von Versichertendaten in die neue Anwendung verursachte umfangreiche Umstellungsarbeiten. Neben den organisatorischen Herausforderungen ergaben sich vielfältige technische Probleme bei der Abwicklung. Die IT-Architektur des Nachfolgeprogramms des „gemeinsamen Rentenversicherungssystems (GRVS)“ konnte nur unter großem Zeit- und Personalaufwand an die veränderten Anforderungen angepasst werden, die sich z. B. aus der Größe der Datensätze, gesetzlichen Veränderungen zum Versichertenkreis und Leistungsbezug und erweiterten Dienstleistungsangeboten folgten. Die vorhandenen Funktionalitäten des Systems ermöglichten nur im geringen Umfang den Einsatz elektronischer Workflowsysteme (Schillinger 2013).

Der IT-Lenkungsausschuss, verschiedene Gremien, Arbeitsgruppen und Fachausschüsse im IT-Bereich der DRV sowie externe Experten/innen sind in die Weiterentwicklung von rvSystem eingebunden. Modernisierungsvorhaben der Software sind äußerst komplex. Zum Bei-

spiel musste ein neues Kernsystem eingefügt werden. Hierfür mussten Quellcodeanalysen durchgeführt werden, um einen tieferen Einblick in die Anwendung zu bekommen und Schwachstellen aufzudecken. Jegliche IT-Arbeiten am System dürfen gleichzeitig den laufenden Geschäftsbetrieb der DRV nicht beeinträchtigen.

Die Umstellung auf rvSystem und der Ausbau des Systems stellte auch für die Beschäftigten – insbesondere die Mitarbeiter/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund – eine Belastung dar. Für die Mitarbeiter/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund änderte sich nicht nur die Benutzerführung, sondern auch die Arbeitsweise. Der Schulungsaufwand war hier im Vergleich zu den anderen Rentenversicherungsträgern erheblich umfangreicher.

Für alle Beschäftigten der DRV stellt der Umgang mit rvSystem außerdem eine Herausforderung dar, weil sie bei der Erledigung ihrer Arbeit auf Abweichungen und Fehler im System stoßen, die bei Systemeinführung nicht erkannt worden sind. Auch gesetzliche Neuänderungen werden in rvSystem häufig noch nicht mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes berücksichtigt. Vorgänge, die eigentlich maschinell erledigt werden sollten, müssen dann manuell nachgefasst werden. Dementsprechend führt die Digitalisierung in den Augen vieler Mitarbeiter/innen bisher nicht zu Arbeitserleichterungen; vielmehr ergibt sich ein erheblicher Mehraufwand aus dem Umgang mit der IT-Anwendung.

Da elektronische Arbeitsabläufe in der DRV bisher kaum umgesetzt wurden, ist der Einfluss aus Workflows auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten noch nicht absehbar. Zu einem Wegfall von einfachen Arbeiten ist es bisher noch nicht gekommen. Die Interviewpartner/innen gehen allerdings davon aus, dass durch den Einsatz von elektronischen Workflows teilweise Erfahrungswissen verloren gehen wird.

Bisher lassen sich nur an der Schnittstelle zu den Versicherten Auswirkungen von der Einführung elektronischer Arbeitsabläufe festmachen. Hier führen die elektronischen Antragsverfahren z. B. dazu, dass entsprechende Tätigkeiten nicht mehr von der Sachbearbeitung erledigt werden müssen. Stellen konnten so eingespart und Verwaltungskosten gesenkt werden. Auch die Bearbeitungsgeschwindigkeit einzelner Anträge konnte erhöht werden. Mitarbeiter/innen werden hier vor allem noch bei der Fehlerkontrolle und bei Problemmeldungen eingesetzt, was allerdings zu einer Zunahme der Komplexität der Arbeit und der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit der entsprechenden Beschäftigten führt.

Auch der Einführung der digitalen Akte werden bisher kaum Arbeitserleichterungen zugeschrieben. Zwar gehen körperliche Anforderungen zurück, wenn keine Papierakten mehr getragen werden müssen, ande-

rerseits schlägt sich der Bewegungsmangel durch die ununterbrochene Bildschirmarbeit negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten nieder. Hinzu kommt, dass Beschäftigte den Umgang mit elektronischen Akten und elektronischen Postkörben als zeitaufwendig empfinden. Während z. B. Papierakten über farbliche Markierungen verfügen, muss sich durch elektronische Akten durchgeklickt werden. Hinzu kommt, dass das Antwortzeitverhalten (Reaktionszeit des Systems) zu lange dauert.

Die Überführung von Papierakten zu digitalen Akten machen Archivierung und Transport von Papierakten überflüssig. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Beschäftigten in Aktenarchiven und im Transport und führt hier zu einer Reduzierung des Personalbedarfs. Arbeitskräfte in der Registratur sind so häufig nur befristet eingestellt. Zum Teil werden Boten/innen oder Registraturkräfte weiterqualifiziert, um in den Scanstellen tätig zu werden. Die Umstellung der Aktenführung auf elektronische Akten führt zum Ausbau der Beschäftigung im Bereich der Scan-Stellen. Tätigkeiten in der Scanstelle sind neben der Aufarbeitung von Papierakten für den Scanprozess, das Scannen von Post sowie die Überführung und Zuordnung von Dokumenten ins elektronische Archiv nach unterschiedlichen Kriterien. Dies sind allerdings Arbeiten, die nur befristet notwendig sind. Mit Ablösung des gedruckten Postverkehrs geht mittelfristig auch der Scan-Aufwand zurück.

Insgesamt wird von den Interviewpartnern/innen davon ausgegangen, dass der Anteil an digitaler Arbeit in den nächsten Jahren stark zunehmen und dementsprechend auch der Schulungsbedarf für digitale Kompetenzen ansteigen wird. Der persönliche Kontakt mit den Versicherten wird seltener werden.

Die Ausgestaltung und Fortentwicklung der Digitalisierungsstrategie der DRV ist Gegenstand des Projektes „Arbeitsplatz der Zukunft“, das im Jahr 2017 von der Selbstverwaltung ins Leben gerufen wurde. Im Rahmen des Konzeptes wurden auf Grundlage von gesellschaftlichen Trends verschiedene Handlungsfelder der digitalen Transformation der nächsten 20 Jahre entworfen und organisatorische Rahmenbedingungen für ihre Umsetzung definiert. Unter den verschiedenen Handlungsempfehlungen findet sich z. B. Ausführungen zum mobilen Arbeiten, zur Vermischung der Grenze zwischen Arbeiten und Privatleben und ein Rahmenmodell zur Regelung der Arbeitszeit. Ver.di fordert in ihrer Stellungnahme zu „Arbeitsplatz der Zukunft“, dass die Persönlichkeitsrechte von Beschäftigten und die (Nicht-)Verfügbarkeit von Beschäftigten im Zuge der Erweiterung von Kommunikationsmöglichkeiten mit den Versicherten gewahrt werden müssen (ver.di o. J.a). Außerdem sind die Rahmenbedingungen für alle Arbeitsplätze so zu gestalten, dass die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen erhalten und gefördert wird.

Die Auswirkungen von Digitalisierung auf Qualität und Quantität der Beschäftigung müssen unter Einbindung der Arbeitnehmervertretung ausgehandelt werden.

Der gemeinsame Strategieprozess zur Digitalisierung der Versicherungsträger baut auf drei sogenannten Leuchtturmprojekten auf. Die Projekte sollen vor allem den Austausch unter den Versicherungsträgern fördern und bestehen aus einer elektronischen Lernplattform, einem digitalen Marktplatz zur Unterstützung der Kommunikation zwischen den Versicherungsträgern und einem modularen multifunktionellen Kundenportal für einen niedrigschwelligen Zugang zu Leistungen über einen digitalen Kundenkontakt.

Im September 2018 fand erstmals ein Netzwerktreffen für 100 Beschäftigte aller Träger der DRV statt, um gemeinsam Ideen zur Zukunft der Digitalisierung in der DRV zu entwickeln (sogenannter Zukunftscampus). Ansatzpunkte des Treffens waren Wissensmanagement, Kunden/Kundinnen der DRV, Rekrutierung von Beschäftigten und Arbeiten in der DRV. Diese Themenfelder wurden danach in fünf weiteren regionalen Netzwerktreffen aufgegriffen und diskutiert.

2.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der DRV

Im Zuge des demographischen Wandels wird die Zahl der bearbeiteten Fälle in der gesetzlichen Rentenversicherung durch eine steigende Zahl an Rentnern/innen deutlich anwachsen. Gleichzeitig erzeugt der demographische Wandel einen wachsenden Druck in der Rentenfinanzierung. Die Gewährung angemessener Renten erscheint nicht mehr gesichert werden, da einer sinkenden Anzahl von Erwerbstätigen eine steigende Anzahl von Rentnern/innen gegenübersteht.

Die demographische Entwicklung hat starke Auswirkungen auf die Arbeit und Beschäftigung in der DRV. Während die Menge der zu bearbeitenden Fälle zunehmen wird, gehen die Verfügbarkeit von Arbeitskräften und der Personalbestand zurück. Bereits jetzt nehmen Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten der DRV zu. Die Rückstände bei der Bearbeitung von Fällen erhöhen sich und die Personalbemessung für die Rentenversicherung nach den Vorgaben des „Handbuchs für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung“ des Bundesinnenministeriums wird als zu knapp kritisiert. Außerdem führen die häufigen gesetzlichen Neuregelungen dazu, dass Tä-

tigkeiten komplexer werden, da immer mehr Regelungsbestände berücksichtigt werden müssen.

Optimierungs-, Einspar- und Substitutionspotenziale werden vor allem in der Digitalisierung und Automatisierung gesehen. Die DRV versucht mit dem Ausbau ihrer Digitalisierungsstrategie der Problemlage des abnehmenden Personalbestands bei einer steigenden Anzahl von Arbeitsaufträgen im Rahmen des demographischen Wandels zu begegnen. Digitalisierung ist eine Grundsatz- und Querschnittsaufgaben, verbindliche Entscheidungen werden versichertenträgerübergreifend beschlossen. Außerdem ist die Digitalisierungsstrategie auch Gegenstand der Diskussionen im Rahmen der Selbstverwaltung in der Bundesvertreterversammlung, was die Akzeptanz der Entscheidungen unterstützt.

Allerdings steht die Umsetzung von Digitalisierungsprozessen in der Praxis vor vielen Herausforderungen. Bisher werden nur einzelne Arbeitsschritte und ausgewählte elektronische Antragsverfahren in Rahmen von elektronischen Arbeitsabläufen (workflows) erledigt. Zwar existieren zunehmend elektronische Akten und elektronische Postkörbe, aber ein Großteil der Digitalisierung gilt als noch nicht abgeschlossen. Vielmehr verursacht die IT in der Sachbearbeitung in rvSystem, insbesondere für die Mitarbeiter/innen der Deutsche Rentenversicherung Bund durch den Umstellungsprozess, Probleme bei der Nutzung.

Insgesamt führen Fehler und Abweichungen, Anpassungsbedarf durch Gesetzesänderungen und Schwierigkeiten bei der Bedienung der IT zu einem erheblichen Mehraufwand bei der elektronischen Bearbeitung von Fällen. Wo Arbeitsabläufe automatisiert sind, werden die Mitarbeiter/innen zur Fehlerkontrolle und bei Problemmeldungen eingesetzt, was für den Einzelnen zu einer Zunahme der Komplexität der Arbeit und der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit führen kann. Arbeitserleichterungen durch Digitalisierung werden bisher kaum wahrgenommen. Kritisch wird angemerkt, dass die Personalvorgaben solche Herausforderungen im Transformationsprozess nur in einem unzureichenden Maße berücksichtigen.

Des Weiteren wird in Hinblick auf die Digitalisierung kritisch angemerkt, dass die gesundheitlichen Folgen der Bildschirmarbeit (z. B. Nacken-, Rücken- und Augenerkrankungen) nur unzureichend berücksichtigt werden. Erforderlich ist ein umfassendes präventives Gesundheitsmanagement.

Eine Substitution von Tätigkeiten durch Digitalisierung ist bisher nicht systematisch und umfassend feststellbar und betrifft mit der Einführung der elektronischen Akte vor allem die Beschäftigten im Aktenarchiv und im Transport von Akten. Das Potenzial für weitere Automatisierung ist aber erheblich. Die Umsetzung der Digitalisierung unter Berücksichti-

gung von Mitarbeiterinteressen bleibt eine der wichtigsten und dringendsten Aufgaben der Zukunft.

3. Die Bundesagentur für Arbeit als Trägerin der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung, Grundsicherung und des Familienlastenausgleichs

3.1 Leistungen und Tätigkeiten der Bundesagentur für Arbeit

Mit dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung wurde die Arbeitslosenversicherung im Jahr 1927 als vierte Säule der deutschen Sozialversicherung eingeführt. Träger der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung ist die Bundesagentur für Arbeit (BA). Die gesetzliche Arbeitslosenversicherung hat das vorrangige Ziel, für arbeitssuchende Menschen während der Arbeitslosigkeit das Einkommen zu sichern. Neben der Absicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit soll durch die Arbeitslosenversicherung im Sinne einer Solidargemeinschaft auch ein Ausgleich zwischen Personen mit geringen Arbeitsmarktrisiken und Personen, die verstärkt von Arbeitslosigkeit bedroht sind, erreicht werden.

Die Arbeitslosenversicherung gewährt zahlreiche Leistungen zur Förderung, Aktivierung und Vermittlung von Arbeitslosen. Durch diese sog. Arbeitsförderung, die seit rund 25 Jahren die Geldleistungen der Arbeitslosenversicherung ergänzt, soll Arbeitslosigkeit aktiv verhindert und bekämpft werden. Die gesetzliche Grundlage der Arbeitsförderung ist das Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (SGB III). Nach § 1 SGB III sollen durch die Arbeitsförderung dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegengewirkt, die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzt und der Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützt werden. Ein wichtiges Anliegen der Arbeitsförderung ist es, dass der eigentliche Versicherungsfall – die Arbeitslosigkeit und der Bezug von Arbeitslosengeld – gar nicht erst eintritt. Die Vermittlung in Ausbildung und Arbeit hat Vorrang vor (Geld-)Leistungen bei Arbeitslosigkeit. Die Eigeninitiative der Betroffenen soll gefördert und gefordert werden.

Leistungen der Arbeitslosenversicherung und der Arbeitsförderung:

- Berufsberatung und Arbeitsmarktberatung
- Ausbildungsvermittlung und Arbeitsvermittlung

- Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, zur Berufswahl und Berufsausbildung, zur beruflichen Weiterbildung, zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und zum Verbleib in Beschäftigung
- der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
- Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei Weiterbildung und Insolvenzgeld.

Fast alle Arbeitnehmer/innen sowie Auszubildende unterliegen der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Der Kreis der Pflichtversicherten schließt darüber hinaus auch Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, sowie Wehrdienstleistende im freiwilligen Wehrdienst und Gefangene, die im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Gewaltverhältnisses zugewiesene Arbeit verrichten, ein. Geringfügig Beschäftigte („Mini-Jobber“) sind nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherungspflichtig, nämlich wenn sie im Rahmen einer betrieblichen Berufsbildung, gemäß dem Jugendfreiwilligendienstgesetz, wegen Kurzarbeit, stufenweiser Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit oder bei Arbeitsunfähigkeit beschäftigt sind. Werkstudenten/innen sind nicht versicherungspflichtig, wenn sie neben dem Studium in einem Unternehmen während der Vorlesungszeit maximal 20 Stunden pro Woche arbeiten. Andere Gruppen auf dem Arbeitsmarkt sind zwar von der Versicherungspflicht ausgenommen, können sich seit dem Jahr 2006 jedoch freiwillig versichern. Hierzu gehören Selbstständige, Auslandsbeschäftigte und seit neuestem auch Pflegepersonen, wenn sie innerhalb der letzten zwei Jahren zwölf Monate in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert waren. Leistungen der Arbeitsförderung, wie die Beratung und Vermittlung, kommen auch in der Arbeitslosenversicherung nicht versicherten Erwerbsfähigen zugute.

Einen Anspruch auf Arbeitslosengeldzahlungen haben Arbeitnehmer/innen, die arbeitslos sind und sich bei der zuständigen Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben. Voraussetzung ist hier, dass sie innerhalb der letzten zwei Jahre mindestens zwölf Monate lang sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Außerdem dürfen sie die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht überschritten haben.

Neben dem Arbeitslosengeld (auch Arbeitslosengeld I genannt) existiert die Grundsicherung für Arbeitssuchende. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende wird auch als Arbeitslosengeld II bezeichnet. Die BA leistet als Auftragsverwaltung organisatorische Hilfe bei der Durchführung der Grundsicherung im Auftrag des Bundes, der die Einzelheiten,

Leistungen und Finanzierung regelt. Die Grundsicherung wurde durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt zum Januar 2005 eingeführt. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist im SGB II geregelt.

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende:

- Regelbedarf (zur Sicherung des Lebensunterhalts umfasst insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie (§ 20 SGB II))
- Mehrbedarfe (z. B. für werdende Mütter; Personen, die minderjährige Kinder betreuen (§ 21 SGB II))
- Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II).

Darüber hinaus werden unter bestimmten Voraussetzungen folgende Leistungen erbracht:

- Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft werden bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen neben dem Regelbedarf gesondert berücksichtigt (z. B. Schulausflüge und Klassenfahrten, Schülerbeförderung, Mittagsverpflegung nach § 28 SGB II)
- Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungsberechtigte oder Zuschüsse zu den Versicherungsbeiträgen für eine private Kranken- und Pflegeversicherung
- einmalige Leistungen (z. B. Erstausstattungen für die Wohnung, Erstausstattungen für Bekleidung und Erstausstattungen bei Schwangerschaft und Geburt, Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen (§ 24 Abs. 3 SGB II))
- ergänzende Darlehen (wenn in Einzelfällen ein unabweisbarer Bedarf nicht durch den Regelbedarf gedeckt werden kann, vergleiche § 24 Abs. 1 SGB II).

Die Träger des Arbeitslosengelds II sind nach § 6 SGB II in der Regel die BA und die kreisfreien Städte oder die Kreise (Kommunen). Die Träger bilden eine gemeinsame Einrichtung für die Grundsicherung für Arbeitssuchende, die als Jobcenter bezeichnet wird. 303 der 408 Jobcenter sind solche gemeinsamen Einrichtungen. Dabei ist die BA zuständig für den Regelbedarf einschließlich Mehrbedarfe und die Eingliederungsleistungen, die Kommunen übernehmen die Kosten der Unterkunft, die Leistungen für Bildung und Teilhabe, die einmaligen Leistungen und flankierenden Dienstleistungen (z. B. Schuldner- und Suchtberatung oder psychosomatische Betreuung). In 105 Fällen werden die Jobcenter

von den Kommunen oder dem Landkreis hingegen komplett getragen und die BA ist nicht beteiligt. Hier führen „zugelassene kommunale Träger (zKT)“ die Aufgaben in Hinblick auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende in alleiniger Verantwortung durch.

Arbeitslosengeld II erhalten Erwerbsfähige, die mindestens 15 Jahre alt sind und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben, und hilfebedürftig sind. Als hilfebedürftig gilt, wer seinen Lebensunterhalt nicht ausreichend sichern kann und die erforderliche Hilfe auch nicht von anderen (z. B. Angehörigen) oder durch andere Sozialleistungen erhält. Arbeitslosengeld II kann auch ergänzend zu Arbeits- und anderem Einkommen bezogen werden. So können z. B. auch Erwerbstätige, die aufgrund ihres geringen Erwerbseinkommens oder Empfänger des Arbeitslosengeldes I mit geringem Arbeitslosengeld das Arbeitslosengeld II in Anspruch nehmen.

Ferner sind Familienkassen bei der BA angesiedelt. Auch hier agiert die BA als Auftragsverwaltung für den Bund. Die Aufgaben der Familienkasse ist die Festsetzung und Zahlung des Kindergeldes und des Kinderzuschlages (KIZ). Das Kindergeld ist eine Transferleistung im Sinne des Familienlastenausgleichs und nach dem Bundeskindergeldgesetz und dem Einkommensteuergesetz geregelt. Es kommt dabei vor allem Familien mit einem geringen zu versteuernden Einkommen zugute, während Familien mit einem hohen zu versteuernden Einkommen ein sogenannter Kinderfreibetrag eingeräumt wird. Die BA bearbeitet das Kindergeld für rund 87 Prozent aller Kinder in Deutschland. Daneben gibt es noch knapp 17.000 einzelne Familienkassen des öffentlichen Dienstes, deren Zuständigkeit jedoch bis Anfang 2022 im Rahmen der Familienkassenreform auf die BA übergehen soll. Anspruchsberechtigte für Kindergeld sind grundsätzlich die Eltern oder weitere Erziehungsbeauftragte des Kindes. Kindergeld wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt und für erwerbslose Kinder bis unter 21 Jahren. Für Kinder in Ausbildung oder auf der Suche nach einer Ausbildung wird das Kindergeld bis zum vollendeten 25 Lebensjahr gezahlt.

Der Kinderzuschlag wurde mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt zum Jahr 2005 eingeführt und ist im Bundeskindergeldgesetz geregelt. Der Kinderzuschlag ist eine Leistung für Familien mit geringen Einkommen und soll sicherstellen, dass Familien nicht wegen ihrer Kinder auf den Bezug von Arbeitslosengeld II angewiesen sind. Er steht Eltern zu, die genug für sich selber verdienen (Mindestgrenze beim Einkommen), deren Einkommen aber nicht oder nur knapp reicht, um den gesamten Bedarf der Familie zu decken. Wird ein Kinderzuschlag erhalten, können auch Leistungen für Bildung und

Teilhabe beantragt werden. Der Kinderzuschlag wird für unverheiratete Kinder bis zum 25. Lebensjahr gezahlt.

3.2 Die Organisation der BA

Organisatorisch gliedert sich die BA in die Zentrale in Nürnberg auf der obersten Verwaltungsebene, zehn regionale Direktionen auf der mittleren Verwaltungsebene und ein flächendeckendes Netz von 156 Agenturen für Arbeit und rund 600 Geschäftsstellen auf der örtlichen Verwaltungsebene. Die Organisationseinheiten von der Zentrale über die Regionaldirektionen bis hin zu den Agenturen vor Ort werden jeweils von einer dreiköpfigen Geschäftsleitung mit geteilter Verantwortlichkeit geführt. Außerdem verfügt die BA über zwei Hochschulen in Schwerin und Mannheim.

Der Vorstand der BA besteht aus einem Vorstandsvorsitzenden und zwei weiteren Vorstandsmitgliedern. Die Mitglieder des Vorstandes werden durch die Bundesregierung benannt und durch den Bundespräsidenten ernannt. Der Vorstand übernimmt die Leitung der BA. Er vertritt die BA gerichtlich und außergerichtlich.

Die Zentrale in Nürnberg ist für die Zielformulierung und die Produkt- und Strategieentwicklung der Gesamtorganisation zuständig. Die zehn Regionaldirektionen setzen die Strategien und Ziele auf regionaler Ebene um und steuern die Agenturen für Arbeit und Geschäftsstellen, die als unternehmerische Filialen das operative Geschäft verantworten.

Außerdem gehören 303 Jobcenter (gemeinsame Einrichtungen) zur BA, die in gemeinsamer Trägerschaft mit Landkreisen und kreisfreien Städten Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Leistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes für erwerbsfähige und leistungsberechtigte Person zur Verfügung stellen.

Der BA sind außerdem verschiedene „besondere Dienststellen“ zugeordnet. Hierunter fallen die zentrale Auslandsfachvermittlung, das Institut für Arbeitsmarkts- und Berufsforschung (IAB), die Führungsakademie und die Hochschule der BA als hauseigene Weiterbildungsinstitution, das IT-Systemhaus (operativer IT-Dienstleister der BA) und das BA-Service-Haus (für Einkauf, Finanzen, Personal und Anwenderservice/Infrastruktur). Ebenfalls in diesen Bereich fallen die 100 Standorte der Familienkasse der BA.

Die BA ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie ist der Verwaltungsträger, der für die Durchführung der Aufgaben der Arbeitslosenversicherung, der Grundsicherung für Arbeitsuchende, des Kindergeldes und des Kin-

derzuschlags verantwortlich ist und dem von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung und mit Zustimmung des Bundesrates weitere Aufgaben übertragen werden können. Aufsichtführendes Ministerium im Bereich Arbeitsförderung und Grundsicherung für Arbeitssuchende ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Die Familienkassen sind an die fachlichen Weisungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BKG) und des Bundeszentralamtes für Steuern (EStG) gebunden. Außerdem kooperiert die BA mit verschiedenen externen Netzwerkpartnern am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Die Einbindung von Netzwerkpartnern spielt u. a. eine Rolle im Bereich lebensbegleitende Berufsberatung (z. B. Zusammenarbeit mit Schulen und Kammern), bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt (durch Beauftragten für Chancengleichheit am Arbeitsmarkt, BCA) sowie im Bereich Integration von Migrantinnen auf dem Arbeitsmarkt (u. a. Anerkennungsberatung für externe Bildungsabschlüsse).

3.2.1 Die Selbstverwaltungsorgane der Bundesagentur für Arbeit für die Arbeitslosenversicherung

Wie bei den anderen Sozialversicherungsträgern auch sind neben dem Vorstand Organe der Selbstverwaltung vorhanden. In der BA existieren sowohl auf zentraler als auch auf lokaler Ebene Selbstverwaltungsgremien: Der Verwaltungsrat ist auf höchster Verwaltungsebene bei der Zentrale in Nürnberg angesiedelt. Darüber hinaus gibt es Verwaltungsausschüsse als örtliche Selbstverwaltungsorgane bei den Agenturen für Arbeit. Auf Landesebene existieren Beiräte, deren Existenz jedoch nicht auf einer gesetzlichen Basis fußt. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Familienkasse sind von der Selbstverwaltung nicht erfasst, da die BA hier als Auftragsverwaltung tätig ist.

Der Verwaltungsrat übernimmt Grundsatzentscheidungen und ist für die strategische Steuerung verantwortlich. Der Vorstand berichtet dem Verwaltungsrat regelmäßig zu allen wichtigen Themen und Entwicklungen.

Drittelparitätische Besetzung und Benennung auf Vorschlag: Besonderheiten der Selbstverwaltung der BA

Der Verwaltungsrat und die Verwaltungsausschüsse werden – anders als bei den anderen Trägern der Sozialversicherung – nicht im Rahmen einer Sozialwahl gewählt, sondern auf Vorschlag benannt und drittelparitätisch von Vertretern/innen der Arbeitneh-

mer/innen, der Arbeitgeber und der öffentlichen Körperschaften besetzt. Vorschlagsberechtigt für die Arbeitgebervertreter/innen sind die Arbeitgeberverbände, für die versicherten Arbeitnehmer/innen die Gewerkschaften und für die Repräsentanten/innen der öffentlichen Körperschaft je nach Organ die Bundesregierung, der Bundesrat, die Spitzenvereinigung der kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften oder die oberste Landesbehörde. Je Gruppe werden sieben Mitglieder und fünf stellvertretende Mitglieder durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales berufen. Die Aufgaben des Verwaltungsrates lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Überwachung und Beratung des Vorstands bei seiner Aufgabenwahrnehmung
- Vorschlag der Mitglieder/innen des Vorstands an die Bundesregierung zur Ernennung durch den Bundespräsidenten
- Festlegung der strategischen Ausrichtung und geschäftspolitischen Ziele
- Beschluss der Satzung der BA
- Genehmigung des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans (inklusive Personalhaushalt) und Genehmigung überplanmäßiger und außerplanmäßiger Ausgaben
- Erlass von Anordnungen (nach dem SGB III)
- Genehmigung des Geschäftsberichts des Vorstands
- Genehmigung der Geschäftsordnung des Vorstands.

Die umfassenden Rechte der Selbstverwaltung in der BA spiegeln besonders die gesamtwirtschaftliche Stellung der Behörde und ihre Rolle bei der Arbeitsmarktpolitik wider. Der Verwaltungsrat trifft sich in der Regel einmal im Monat.

Die Verwaltungsausschüsse bei den Agenturen für Arbeit bestehen aus zwölf Mitgliedern/innen und unterstützen und beraten die jeweilige Geschäftsführung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Gleichzeitig ist die Geschäftsführung zur umfassenden Information über ihre arbeitsmarktpolitischen Programme und ihre Zielerreichung gegenüber dem Verwaltungsausschuss verpflichtet. In der Regel beschränkt sich die Arbeit der Selbstverwaltungsausschüsse auf Stellungnahmen und Dienststellenbesetzungen.

Obwohl der Auftrag des Verwaltungsrates der BA im Vergleich zu den Selbstverwaltungsorganen der anderen Sozialversicherungsträger erweitert erscheint, weist ein zeitlicher Rückblick auf einen bedeutenden Bedeutungsverlust des Gremiums hin (Bender et al. 2006, S. 232). Die-

ser geht vor allen auf Neuregelungen in Folge des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt zurück, in dem die Rollendefinition zwischen Vorstand und Verwaltungsrat und die Rechte und Aufgaben der Selbstverwaltungsgremien neu geregelt wurde. So wurde mit dem Gesetz eine Trennung zwischen Aufsicht und operativen Geschäft durchgesetzt, wobei der Verwaltungsrat die Rolle der Aufsicht übernimmt und der Vorstand das operative Geschäft alleine leitet. Auch kann der Verwaltungsrat nach der gesetzlichen Neuregelung ein Vorstandsmitglied nur noch mit Zustimmung der Bundesregierung entlassen. Die Anzahl der Mitglieder/innen des Verwaltungsrates wurde von 51 auf 21 reduziert. Außerdem wurde die bis dahin existierende Selbstverwaltung auf mittlerer Organisationsebene in Form von Verwaltungsausschüssen in den Regionaldirektionen abgeschafft. Die Abschaffung der Verwaltungsausschüsse in den Regionaldirektionen stieß vor allem auf Kritik, da Regionaldirektionen entscheidende Kontroll- und Beratungsinstanzen ausmachen. Die Agenturen für Arbeit haben demgegenüber wenig Einfluss, dennoch wurden auch die Rechte der Verwaltungsausschüsse der Agenturen für Arbeit eingeschränkt. So mussten sich diese fortan, ähnlich wie der Verwaltungsrat, auf eine beratende und überwachende Funktion beschränken.

3.3 Die Finanzierung der BA

3.3.1 Versicherungsmittel

Wie die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ist auch die Arbeitslosenversicherung umlagefinanziert. Der Haushalt der Arbeitslosenversicherung weist im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen bei einem geringeren Gesamtumfang jedoch deutlich höhere Schwankungen auf. Die Ursache hierfür ist, dass die Ausgaben und Einnahmen der BA stark von der Entwicklung der Arbeitslosigkeit und Beschäftigung abhängen und der Haushalt besonders auf konjunkturelle Veränderungen reagiert (Hausner und Weber 2017). Dabei reagiert der Haushalt antizyklisch: In Zeiten wirtschaftlichen Abschwungs werden weniger Beiträge eingenommen und vermehrt Geld für Leistungen ausgegeben. Da Arbeitslosigkeit auch Auswirkungen auf die Kaufkraft hat, kommt der Arbeitslosenversicherung eine große Bedeutung als Stabilisator der Wirtschaftsentwicklung zu. Dabei sind auch die Budgets anderer Träger der Sozialversicherung von den (Dienst-)Leistungen der Arbeitslosenversicherung abhängig, wenn z. B. durch Arbeitslosigkeit keine eigenen Beitragszahlungen mehr geleistet werden.

Finanziert werden die Leistungen der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung hauptsächlich durch die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer/innen. Die Maßnahmen der Arbeitsförderung werden überwiegend aus dem Bundeshaushalt (seit dem Jahr 2007 durch einen Betrag aus dem Mehrwertsteueraufkommen) und sonstigen Einnahmen bezahlt.

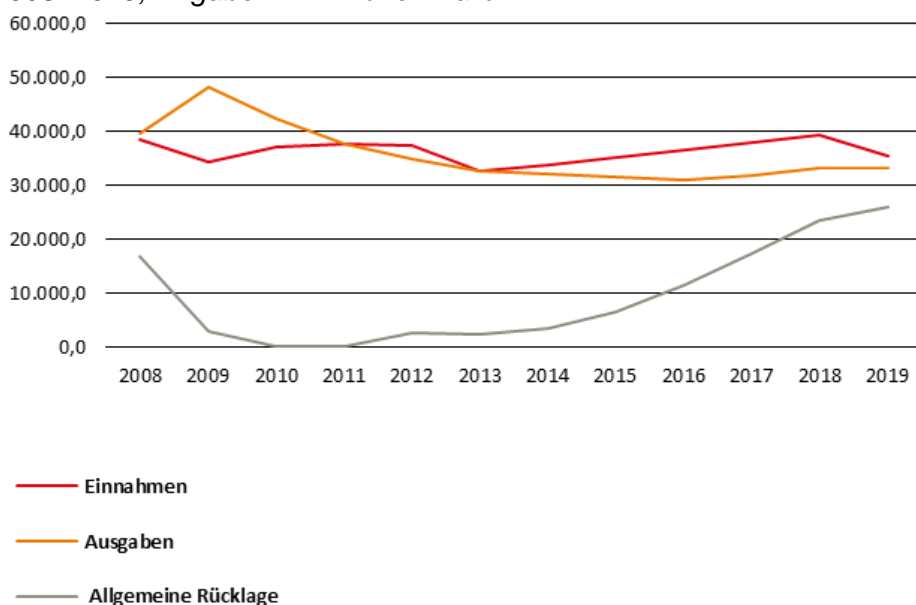
Während bei einigen anderen Zweigen der Sozialversicherung die Zahl der Beitragszahler/innen sinkt und gleichzeitig die der Leistungsempfänger/innen steigt, ist bei der Arbeitslosenversicherung die Entwicklung volatil. In Zeiten positiver konjunktureller Lage steigt i. A. die Zahl der Beitragszahler/innen, und die Zahl der Leistungsempfänger/innen nimmt ab.

Politisch ist mit sinkenden Erwerbslosenzahlen die Erwartung verbunden, dass die Ausgaben der BA sinken. Untermuert wird diese Auffassung durch die Reduzierung der Einnahmen durch die Senkung der Beitragssätze zur Arbeitslosenversicherung bei guter konjunktureller Lage. Der Beitragssatz ist in den letzten Jahren im Zuge des Wirtschaftsaufschwungs von 6,5 Prozent des Bruttolohns auf rund drei Prozent gesunken. 2019 wurde schließlich ein Beitragssatz von 2,5 Prozent beschlossen (gültig bis Ende Dezember 2022).⁵ Für die BA als Arbeitgeber sind die Erwartung an eine Kostensenkung in Zeiten eines konjunkturellen Aufschwung und der Rückgang von Einnahmen insoweit problematisch, als dass die Ausgaben der BA nicht eins zu eins an die Anzahl der Arbeitslosen gekoppelt sind. So können Fixkosten z. B. nicht flexibel an die jeweilige wirtschaftliche Situation angepasst werden. In den letzten Jahren führte die gute konjunkturelle Lage so zu einem starken Personalabbau bei der BA.

Die BA hat das Geschäftsjahr 2019 mit einem positiven Haushaltsaldo von 2,13 Milliarden Euro abgeschlossen. Insgesamt hat die BA 35,28 Milliarden Euro eingenommen und 33,15 Milliarden Euro ausgegeben. Abbildung 5 stellt die Einnahmen, Ausgaben und den Rücklagebestand der BA im Zeitverlauf dar. Anzumerken ist, dass die Darstellung die Gegebenheiten vor Auftreten des Coronavirus SARS-CoV-2 abbildet. Seit März 2020 ist eine deutliche Erhöhung der Ausgaben und ein Rückgang der Einnahmen zu verzeichnen.

5 Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wird auf Grundlage des Bruttogehalts berechnet. Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber tragen ihn jeweils zur Hälfte. Die Grenze der Beitragsbemessung lag im Jahr 2017 bei 6.350 Euro monatlich im Westen Deutschlands und 5.700 Euro im Osten Deutschlands. Die darüber liegenden Gehaltsanteile werden nicht in die Beitragsberechnung einbezogen.

Abbildung 5: Einnahmen, Ausgaben und Rücklagebestand der BA, 2008–2019, Angaben in Millionen Euro



Quelle: eigene Darstellung nach Daten aus Hausner/Weber (2017, S. 2 und S. 5, für Ausgaben bis 2016); Bundesagentur für Arbeit (2018, S. 1, für Einnahmen und Ausgaben 2017); Bundesagentur für Arbeit (2019a, S. 97, für Rücklagen 2017 und 2018); Bundesagentur für Arbeit (2019b, S. 1, für Einnahmen und Ausgaben 2018); Bundesagentur für Arbeit (2020b, für Ausgaben 2019)

Die Abbildung 5 zeigt, dass die Entwicklung der Einnahmen recht konstant ist. Insgesamt sind die Einnahmen der BA seit dem Jahr 2013 (32,64 Millionen Euro) angestiegen und haben im Jahr 2018 fast dem historischen Spitzenwert des Jahres 2007 (42,84 Millionen Euro) angenähert. Zwischen dem Jahr 2018 und 2019 sind die Einnahmen allerdings um rund vier Milliarden Euro zurückgegangen.

Die Ausgaben entwickelten sich zwischen 2011 und 2016 rückläufig und stiegen allerdings in den Jahren danach wieder an. Am höchsten waren die Ausgaben in den Jahren 2009 (48,06 Millionen Euro) und 2010 (42,21 Millionen Euro); neben dem Arbeitslosengeld wurde in diesen Jahren auch Kurzarbeitergeld gezahlt. Insbesondere in Jahren mit mittlerer oder hoher Arbeitslosigkeit werden bis zu zwei Drittel der Ausgaben für Arbeitsförderung und zu rund einem Drittel für Arbeitslosengeldzahlungen ausgegeben.

Aus den Einnahmen und Ausgaben der BA lässt sich nur mittelbar auf die finanzielle Situation der BA schließen. Denn die BA bildet Rücklagen, damit sie ihre Stabilisierungsfunktion in der wirtschaftlichen Entwicklung wahrnehmen kann. Seit dem Jahr 2012 nimmt die Summe der

Rücklagen zu. Zuletzt hat sich der Rücklagenbestand im Jahr 2019 auf 25,8 Milliarden Euro erhöht.

Allerdings zeigt die Abbildung 5 auch, wie schnell in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit die Rücklagen abschmelzen: Das Jahr 2009 schloss mit einem Finanzierungsdefizit von 13,8 Milliarden Euro ab, der aus Rücklagen gedeckt wurde. Bereits im Jahr 2010 wurden im Zuge der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit die vorhandenen Rücklagen vollständig aufgebraucht und es musste ein Bundeszuschuss zum Haushaltsausgleich geleistet werden.

Für die Rücklagen ist kein genauer Sollwert gesetzlich verankert. Bis zum Jahr 1996 bestimmte das Arbeitsförderungsgesetz lediglich, dass die Arbeitslosenversicherung „aus den Überschüssen der Einnahmen über die Ausgaben eine Rücklage zu bilden [hat, die Verf.], die vorrangig dazu dient, die Zahlungsfähigkeit der Bundesanstalt bei ungünstiger Arbeitsmarktlage sicherzustellen.“ Aus Sicht der BA ist eine Rücklage von rund 20 Milliarden Euro anzustreben, um konjunkturell bedingte Schwankungen der Einnahmen und Ausgaben abfedern zu können (vgl. auch Hausner und Weber 2017, S. 7). Dieser Wert ergibt sich aus Erfahrungswerten des Verlaufes der Einnahmen und Ausgaben seit der Wiedervereinigung. In der politischen Diskussion und der medialen Berichterstattung wird zuweilen angezweifelt, ob diese Rücklage zu hoch ist (z. B. Boss 2018; Eckert 2018; Schinner 2018).

Kritiker weisen u. a. auf Prognosefehler hin, mit denen die BA ihre zu erwartenden Überschüsse zu niedrig einschätzt und damit ein zu pessimistisches Bild der künftigen Kassenlage zeichnet sowie auf die Finanzierung von versicherungsfremde Leistungen aus Geldern der Arbeitslosenversicherung (genannt werden Eingliederungsmaßnahmen und sonstige Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sowie der Versorgungsfond für die Ruheständler der BA). Anstatt einem Aufbau von Rücklagen wird vorgeschlagen den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zu senken. Vor dem Hintergrund der massiven negativen wirtschaftlichen Auswirkungen des Coronavirus SARS-CoV-2 sind solche kritischen Aussagen inzwischen allerdings zu relativieren. Vielmehr gibt es Szenarien zum Pandemie-Verlauf, die einen erheblichen finanziellen Mehrbedarf aufzeigen.

3.3.2 Steuermittel

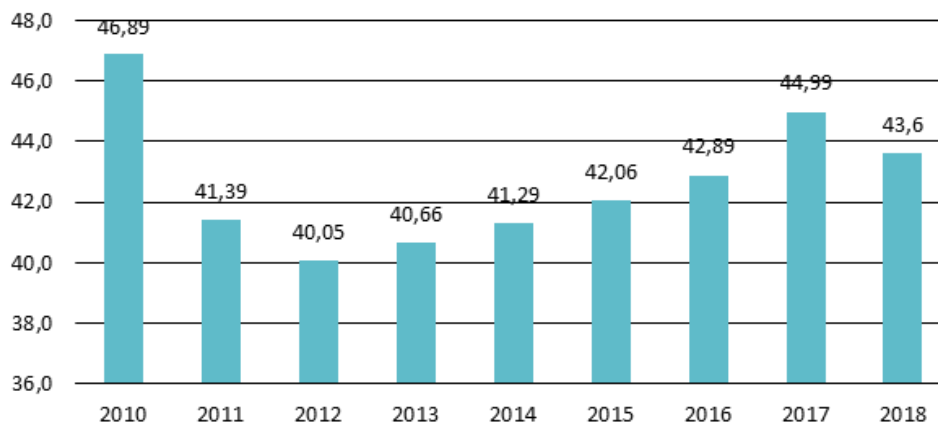
Der Bund trägt die Aufwendungen der BA für die Leistungen der Grundversicherung für Arbeitsuchende sowie die Verwaltungskosten der BA, die durch diese Leistungen entstehen. Die Leistungen, die von den kreis-

freien Städten oder Kreisen erbracht werden, müssen hingegen in erster Linie von den Kommunen getragen werden. Ein häufiger Streitpunkt zwischen den beiden Trägern der gemeinsamen Einrichtungen war in der Vergangenheit die Aufteilung der Verwaltungskosten zwischen der Kommune und der BA. Ab 2011 wurde der kommunale Finanzierungsanteil daher gesetzlich einheitlich geregelt. Der Anteil des Bundes an den Gesamtverwaltungskosten der gemeinsamen Einrichtung beträgt nach § 46 SGB II 84,8 Prozent. Außerdem beteiligt sich der Bund bis zu einem gewissen Prozentsatz an den Ausgaben für Leistungen für Unterkunft und Heizung.

Insgesamt gab es im Jahr 2019 5,3 Millionen Regelleistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (darunter 1,6 Millionen nicht erwerbsfähige Hilfsbedürftige – in der Regel Kinder – und 3,94 Millionen erwerbsfähige Leistungsberechtigte). Seit 2006 entwickelt sich die Zahl der leistungsberechtigten Personen rückgängig. Der überwiegende Teil der Arbeitslosen in Deutschland fällt unter die Grundsicherung für Arbeitssuchende und wird in einem Jobcenter betreut. 2019 lag der Anteil der Arbeitslosen im SGB II an allen Arbeitslosen bei zwei Dritteln. Auch ihre Zahl ist rückläufig: Waren noch zu den Höchstzeiten im Jahr 2006 im Rechtskreis SGB II 2,92 Millionen Menschen arbeitslos gemeldet, ist ihre Anzahl zum Oktober 2019 auf 1,43 Millionen gesunken (Bundesagentur für Arbeit 2019b).

Insgesamt beliefen sich die Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II im Jahr 2018 auf 43,6 Milliarden Euro. Darauf entfielen 34 Prozent auf das Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, 33 Prozent auf Kosten der Unterkunft und Heizung, 13 Prozent auf Leistungen der Sozialversicherung, sieben Prozent auf Eingliederungsleistungen und 13 Prozent auf Verwaltungskosten.

Abbildung 6: Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II 2010 bis 2018, in Milliarden Euro



Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation (o. J.)

Anmerkung: Ausgaben für aktive und passive Leistungen im SGB II

Abbildung 6 zur Entwicklung der Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II zeigt auf, dass zwischen 2010 und 2012 eine Ausgabenminderung um 15 Prozent eingetreten ist, die vor allem Folge der rückläufigen Zahl der Leistungsempfänger/innen war. Zwischen 2012 und 2017 stiegen die Ausgaben jedoch wieder um zwölf Prozent an, obwohl die Zahl der Leistungsempfänger/innen auf ähnlich niedrigem Niveau blieb. Eine Analyse der Zusammensetzung der Kosten weist insbesondere darauf hin, dass sich die Ausgaben für Unterkunft und Heizung durch den überproportionalen Anstieg der Warmmieten in den letzten Jahren stark erhöht haben.

3.3.3 Umlagen

Einige Ausgaben der BA werden durch Umlagen der Arbeitgeber finanziert. Hierunter fallen sogenannte ergänzende Leistungen zum Saison-Kurzarbeitergeld nach § 102 SGB III, d. h. das Zuschuss-Wintergeld, das Mehraufwands-Wintergeld und die Sozialaufwandserstattung. Mit den Regelungen sollen vor allem Anreize geschaffen werden Arbeitszeitkonten zu vereinbaren, bei denen Arbeitszeitguthaben in Schlechtwetter-Zeiten aufgelöst werden. Die sogenannte Winterbeschäftigungsumlage beträgt in Betrieben des Bauhauptgewerbes zwei Prozent der umlagepflichtigen Bruttoentgelte und in den Betrieben des Bauneben-

gewerbes ein Prozent. Im Bauhauptgewerbe wird die Umlage zu 60 Prozent von den Arbeitgebern und zu 40 Prozent von den Beschäftigten aufgebracht, im Baunebengewerbe allein von den Arbeitgebern. Als Einzugsstelle fungiert im Bauhauptgewerbe die SOKA-BAU, die eine gemeinsame Einrichtung der Tarifvertragsparteien ist; im Baunebengewerbe ist die Einzugsstelle die BA. Im Jahr 2018 betragen die Mittel der Winterbeschäftigungsumlage 413 Millionen Euro und im Jahr 2019 441 Millionen Euro.

Auch das Insolvenzgeld wird durch eine Umlage finanziert. Die Umlage U3 (Insolvenzgeldumlage) ist eine von den Arbeitgebern monatlich zu zahlende Umlage, durch welche die Mittel für die Zahlung des Insolvenzgeldes aufgebracht werden. Insolvenzgeld enthalten Arbeitnehmer/innen, die aus den letzten drei Monaten vor Eintritt der Zahlungsunfähigkeit ihres Arbeitgebers noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt haben (§ 3 IV Nr. 5 SGB III, § 165 ff. SGB III). Die Umlage wird von der Krankenkasse in Höhe von 0,06 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts eingezogen und an die BA weitergeleitet. Im Jahr 2018 betragen die Einnahmen aus der Umlage für das Insolvenzgeld 622 Millionen Euro und im Jahr 2019 638 Millionen Euro.

3.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich Arbeitslosenversicherung, der Grundsicherung und des Kindergeldes

Die Grundsätze der Arbeitslosenversicherung, vor allem die der Arbeitsförderung, sind im SGB III festgelegt. Darüber hinaus gelten die gesetzlichen Regelungen des SGB II, die die Grundsicherung für Arbeitssuchende betreffen. Auch gesetzliche Veränderungen, die das Kindergeld betreffen, haben durch den Sitz der Familienkasse bei der BA Auswirkungen auf die Organisation.

Das SGB II und das SGB III sind in der Vergangenheit durch zahlreiche gesetzliche Neuregelungen ergänzt und verändert worden. Von grundlegender Bedeutung waren insbesondere die Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, die von 2003 bis 2005 schrittweise in Kraft traten. Folgen der entsprechenden gesetzlichen Neuregelungen waren neben den oben aufgeführten Veränderungen in der Selbstverwaltung unter anderem die Zusammenlegung der damaligen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe⁶ sowie Neuregelungen über zumutbare Arbeit

6 Im Januar 2005 wurden Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Hilfebedürftige zum Arbeitslosengeld II zusammengeführt. Vorher bestanden Sozialhilfe und

und über Hinzuverdienstmöglichkeiten für Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II.⁷ Die Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt führten insgesamt dazu, dass der bis dahin gültige Ansatz der Arbeitslosenversicherung, einen Statusschutz für Versicherte zu garantieren, durch den Ansatz (nur noch) einen Einkommenschutz zu gewähren, abgelöst worden ist.

In den letzten zehn Jahren gab es 22 neue Gesetze oder Gesetzesänderungen, die die Arbeitslosenversicherung betreffen. Neben Veränderungen des Beitragssatzes und den Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen, betreffen die Neuregelungen vor allem den Bereich der Arbeitsförderung. Durch Eingliederungszuschüsse und Übernahmen von Weiterbildungskosten für besondere Gruppen des Arbeitsmarktes, wie z. B. ältere Erwerbspersonen und jüngere Langzeitarbeitslose, soll die Integration auf den Arbeitsmarkt gefördert werden. Dieser Ansatz wurde insbesondere auch im „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“ aus dem Jahr 2012 verfolgt, das sogenannte Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine für Ausbildungs- oder Arbeitsuchende einführte. Darüber hinaus konnten Arbeitslose, die sich selbständig machen wollten, unter bestimmten Voraussetzungen von der BA einen Gründungszuschuss erhalten. Die konjunkturstabilisierende Wirkung der Arbeitslosenversicherung wurde zusätzlich durch verschiedene gesetzliche Neuregelungen zum Kurzarbeitergeld bekräftigt. Tabelle 2 listet die gesetzlichen Neuregelungen im Bereich Arbeitslosenversicherung der letzten fünf Jahre auf.

Tabelle 2: Gesetzliche Änderungen im Bereich der Arbeitslosenversicherung 2015 bis 2019 (Auszug)

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2015	
Gesetz zur Stärkung der Tarifautonomie (Tarifautonomiestärkungsgesetz)	Die Höchstgrenze für kurzfristige Beschäftigungen wird in den Jahren 2015 bis 2018 auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage angehoben (ab 2019 gelten wieder die bisherigen Höchstgrenzen von zwei Monaten oder 50 Arbeitstagen).

Arbeitslosenhilfe nebeneinander. Arbeitslosenhilfe erhielten arbeitslose Menschen, die keinen Anspruch mehr auf Arbeitslosengeld hatten. Die BA finanzierte die Arbeitslosenhilfe, die Sozialämter in den Kommunen trugen die Kosten für die Sozialhilfe. Das Wohngeld bestritten Bund und Länder je zur Hälfte. Daraus ergab sich ein entsprechend hoher Verwaltungsaufwand.

⁷ Lehnen Bezieher/in von Arbeitslosengeld II eine zumutbare Arbeit ohne wichtigen Grund ab, können Geldleistungen gekürzt werden. Als zumutbar gelten z. B. Nachtarbeit, Teilzeitarbeit, Minijobs sowie Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. Ein-Euro-Jobs).

2016

Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Vorschriften

Gesetz zur Stärkung der beruflichen Weiterbildung und des Versicherungsschutzes in der Arbeitslosenversicherung (AWStG)

Bezugsdauer von konjunkturellem Kurzarbeitergeld beträgt künftig bis zu zwölf (bisher: sechs) Monate.

Die bis Ende 2015 befristete Sonderregelung, nach der überwiegend kurzzeitig befristet Beschäftigte die Anwartschaftszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld bereits durch Versicherungszeiten von mindestens sechs Monaten erfüllen, wird um ein Jahr – bis Ende 2016 – verlängert.

Die berufliche Weiterbildungsförderung für Geringqualifizierte wird erweitert.

Teilnehmer/innen einer abschlussbezogenen, Weiterbildung erhalten beim Bestehen einer durch eine Ausbildungsverordnung vorgeschriebenen Zwischenprüfung eine Prämie von 1.000 Euro, beim Bestehen der Abschlussprüfung eine Prämie von 1.500 Euro.

Die Weiterbildungsförderung für Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen für jüngere Arbeitnehmer/innen unter 45 Jahren wird flexibilisiert.

Zugangswege zur abschlussbezogenen beruflichen Weiterbildung und zum Erwerb von Grundkompetenzen werden neben der Fördermöglichkeit über Bildungsgutscheine durch die Option einer Vergabe von Maßnahmen durch die Arbeitsagenturen verbreitert.

Weiterbildungskosten von Arbeitnehmer/innen ab 45 Jahren sowie Geringqualifizierten in einer Transfergesellschaft werden gefördert, wenn der Arbeitgeber mindestens 50 % der Lehrgangskosten trägt.

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung von Langzeitarbeitslosen und Arbeitslosen mit schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen werden von sechs auf zwölf Wochen verlängert. Die

Regelungen zum Arbeitslosenversicherungsschutz bei Kindererziehung werden erweitert.

Die Bemessung des Arbeitslosengeldes für Personen in einer außerbetrieblichen Berufsausbildung wird an die Leistungsbeurteilung einer betrieblichen Berufsausbildung angeglichen.

Die befristete Sonderregelung zur verkürzten Anwartschaftszeit für überwiegend kurz befristet Beschäftigte wird bis zum 31. Juli 2018 verlängert.

Die bis zum 31. Dezember 2016 befristete Leistung, nach der innovative Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik erprobt werden (§ 135 SGB III), wird entfristet.

2017

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz)

2018

Gesetz zur Verlängerung befristeter Regelungen im Arbeitsförderungsrecht und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/2102 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen

2019

Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung (Qualifizierungschancengesetz)

Für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 besteht für die Pflegeperson Versicherungspflicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pflege versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach SGB III hatte. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die BA.

Der bisher anfallende gesonderte Arbeitgeberbeitrag zur BA für Beschäftigte, die die Regelaltersgrenze erreicht haben und somit versicherungsfrei sind, entfällt für fünf Jahre.

Die bis 31. Juli 2018 befristete Sonderregelung, nach der die Anwartschaftszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld für überwiegend kurz befristet Beschäftigte auf sechs Monate verkürzt wird, wird bis zum 31. Juli 2021 verlängert.

Alle Arbeitnehmer/innen unabhängig von Ausbildung, Lebensalter und Betriebsgröße erhalten Zugang zur Weiterbildungsförderung.

Es gibt Zuschüsse zum Arbeitsentgelt bei beruflichen Weiterbildungen für Arbeitgeber je nach Betriebsgröße.

Die befristete Sonderregelung zur verkürzten Anwartschaftszeit des Arbeitslosengelds für überwiegend kurzzeitig befristet Beschäftigte wird bis zum 31. Dezember 2022 verlängert und die Zugangsvoraussetzungen ab 2020 gelockert.

Die zur Berechnung des Arbeitslosengeldes anzusetzende Sozialversicherungspauschale wird von 21 % auf 20 % gesenkt, was ein höheres Arbeitslosengeld zur Folge hat.

Der Beitragssatz zur BA wird von 3,0 % auf 2,6 % gesenkt.

Die Rahmenfrist, innerhalb der die Mindestversicherungszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld zurückzulegen ist, wird ab 2020 von bisher 24 auf 30 Monate erweitert.

Die Zeitgrenzen für eine sozialversicherungsfreie kurzfristige Beschäftigung werden nunmehr dauerhaft auf drei Monate oder 70 Arbeitstage angehoben (vgl. Tarifautonomiestärkungsgesetz 2015).

Quelle: angelehnt an Bäcker 2020.

Eine Analyse der Gesetzesregelungen zeigt, dass neben den schon in der Vergangenheit regelmäßig durchgeführten Anpassungen von Beitragssätzen, Anwartschaftszeiten und dem Kreis der Anspruchsberechtigten, in den letzten fünf Jahren insbesondere der Bereich Weiterbildung von Erwerbsfähigen in der Arbeitsmarktpolitik zunehmende Bedeutung erhalten hat. Gegenüber früheren Jahren wurde in der jüngeren Arbeitsmarktpolitik davon abgekommen, Arbeitslosigkeit überwiegend durch passive Arbeitsmarktleistungen (z. B. in Form von Eingliederungszuschüssen) abzumildern. Vielmehr stehen jetzt aktive und präventive Arbeitsmarktleistungen, wie z. B. die Befähigung von Erwerbsfähigen durch Qualifizierung, im Mittelpunkt der Arbeitsmarktpolitik. Dabei werden Beratungsleistungen längst nicht nur mehr Arbeitssuchenden angeboten, sondern es wird zunehmend auch auf die Beratung von Beschäftigten – insbesondere in kleinen und mittelgroßen Unternehmen – gesetzt.

Besonders deutlich zeigt dies das Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung (Qualifizierungschancengesetz). Das Gesetz sieht vor dem Hintergrund struktureller Veränderung des Arbeitsmarktes im Zuge des digitalen und demografischen Wandels die Stärkung und Flexibilisierung der beruflichen Weiterbildungsförderung für alle Erwerbsfähigen vor. Neben Arbeitslosen steht durch die Öffnung der Weiterbildungsförderung das Angebot allen Arbeitnehmer/innen unabhängig von Ausbildung, Lebensalter und Betriebsgröße zur Verfügung. Die Ausrichtung der Förderung zielt dabei insbesondere auf vom technologischen Strukturwandel betroffene Beschäftigte sowie auf Weiterbildung in einem Engpassberuf.

Vor dem Hintergrund der Trends zur Digitalisierung in der Wirtschaft, zu erwartenden Substitutionseffekten und der strukturell bedingten Entwertung von beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen ist die Bedeutung von Beratung bei den Dienstleistungen der BA stark anstiegen. Dementsprechend hat sich der Stellenwert von auf das Individuum zugeschnittenen Beratungsleistungen in verschiedenen Bereichen der beruflichen Bildung im Leistungsangebot der BA erhöht. Gesetzliche Veränderungen treffen damit auch unmittelbar die in der BA beschäftigten Personen und haben Auswirkungen auf den Personaleinsatz. Zum Bei-

spiel hat das Qualifizierungschancengesetz und die Einführung der lebensbegleitenden Berufsberatung (LBB) die Entwicklung von neuen Fach- und Kompetenzkonzepten zur Folge – mit Auswirkungen bis hin zu Entscheidungen zur Eingruppierung entsprechender Beschäftigten in dem Tarifsystem. Tabelle 3 führt gesetzlichen Neuregelungen im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende letzten fünf Jahre auf.

Tabelle 3: Gesetzliche Änderungen im Bereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende 2015 bis 2019 (Auszug)

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2015 Fortschreibung der Regelbedarfsstufen 2016 (Verordnung)	Die Regelbedarfe werden für das Jahr 2016 um 1,24 % erhöht.
2016 Neuntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Rechtsvereinfachung	<p>Folgende Leistungsgrundsätze werden neu justiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unverzügliche Erbringung von Eingliederungsleistungen bei der Beantragung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende; • Ausbildungsvermittlung an Personen ohne Berufsabschluss; • Leistungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik für Personen, die neben dem Arbeitslosengeld oder Teilarbeitslosengeld Arbeitslosengeld II beziehen; • (aufstockend) Arbeitslosengeld II erhalten auch bestimmte Auszubildende bzw. junge Menschen; • eine bestehende Eingliederungsvereinbarung ist alle 6 Monate zu aktualisieren; • in den ersten sechs Monaten nach einer Beschäftigungsaufnahme können unterschiedliche Leistungen, von der Beratung und Vermittlung bis hin zur Betreuung am Arbeitsplatz, erbracht werden, um das neue Beschäftigungsverhältnis zu stabilisieren; • neuer Fördertatbestand zur Förderung schwer zu erreichender junger Menschen unter 25 Jahren; • die Zusammenarbeit der Jobcenter mit den Trägern der sozialen Arbeit und den Akteuren am Arbeitsmarkt wird gesetzlich verbindlicher (z. B. mit den Trägern der Wohlfahrtspflege).

Siebte Verordnung zur Änderung der Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung (BGBl. I S. 1858)

Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung (SGB II/SGB XII)

Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Neuermittlung der Regelbedarfsstufen ab 2017

Der Arbeitsmittelfreibetrag/die Werbekostenpauschale von 15,33 Euro monatlich (§ 6 Alg II-V) wird abgeschafft.

Einzelne Gruppen von Ausländern werden von Leistungen des SGB XII und SGB II ausgeschlossen.

Regelbedarfsstufen werden ab 2017 auf der Grundlage der Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2013 neu ermittelt.

Regelbedarfsstufen für Erwachsene werden nach dem SGB XII neu berechnet.

Bedarfen für Unterkunft und Heizung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII für erwachsene Leistungsberechtigte, die im Haushalt ihrer Eltern leben, werden berücksichtigt. Die für 2013 ermittelten regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben werden mit der Veränderungsrate des Mischindex (aus Preis- und Lohnentwicklung) fortgeschrieben.

2017

Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2018 – RBSFV 2018

Die Regelbedarfe werden 2018 um 1,71 % erhöht.

2018

Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2019 – RBSFV 2019

Die Regelbedarfe werden für das Jahr 2019 um 1,71 % erhöht.

10. Gesetz zur Änderung des SGB II – Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt (Teilhabechancengesetz)

Die „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ wird als neues Instrument zur Förderung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung arbeitsmarktferner Personen eingeführt.

Die Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II wird neu ausgestaltet und die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung sehr arbeitsmarktferner Personen (über 25 Jahre alt, für mindestens sechs Jahre in den letzten sieben Jahren Arbeitslosengeld II bezogen und in dieser Zeit nicht oder kurzzeitig beschäftigt) gefördert: Unternehmen, die diese zugewiesenen Leistungsberechtigten einstellen, werden – bis zu einer maximalen Dauer von fünf Jahren – durch Lohnkostenzuschüsse gefördert.

2019

Regelbedarfsstufen-
Fortschreibungsverordnung
2020 – RBSFV 2020

Die Regelbedarfe werden für das Jahr 2020 um 1,88 % erhöht.

Quelle: angelehnt an Bäcker 2020

Die gesetzliche Neuregulierung im Bereich Grundsicherung für Arbeitssuchende orientiert sich deutlich am Grundsatz des Forderns und Förderns, der mit den Gesetzen für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt eingeführt worden ist. Allerdings ist, ähnlich wie im Bereich der Arbeitsförderung, auch hier eine Tendenz zu erkennen, dass durch verschiedene Unterstützungsangebote, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Personen gestärkt werden soll. Insbesondere das neunte Gesetz zur Änderung des SGB II, das den Zugang zu verschiedenen Leistungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik ermöglicht, sowie das Teilhabechancengesetz für Langzeitarbeitslose setzen hier an. Leistungen zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Beratung und Eingliederung in Ausbildung oder Arbeit erhalten mehr Bedeutung. Gleichzeitig werden die anspruchsberechtigten Personengruppen erweitert.

Ein weiterer Teil der gesetzlichen Neuregelungen entfällt auf Anpassungen des Bedarfes. So gibt es z. B. eine jährliche Anpassung des Regelbedarfes an die Preis- und Lohnentwicklung. Insgesamt ist durch die vielen gesetzlichen Neuregelungen die Rechtslage im Bereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende komplizierter geworden.

Die gesetzlichen Änderungen im Bereich der Familienkasse in den letzten fünf Jahren betreffen vor allem Änderungen der Höhe von Kinderfreibetrag, Kindergeld und Kinderzuschlag. So wurden der Kinderzuschlag angehoben und die Leistungen für Bildung und Teilhabe verbessert (Starke-Familien-Gesetz, 2019), Kindergeld und Kinderfreibeträge erhöht (Familientlastungsgesetz, 2018; Gesetz zur Umsetzung der Änderungen der EU-Amtshilferichtlinie und von weiteren Maßnahmen gegen Gewinnkürzungen und -verlagerungen, 2016,) oder auch die Leistungen an Alleinerziehende verbessert (Gesetz zur Anhebung des Grundfreibetrags, des Kinderfreibetrags, des Kindergeldes und des Kinderzuschlags, 2015).

3.5 Die wirtschaftliche Strategie der BA

Tätigkeiten und Strategien der BA sind in erster Linie von der Arbeitsmarktpolitik geprägt. Als bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts untersteht die BA der Bundesregierung. Gesetzliche Vorgaben und Entscheidungen der Regierungsträger, insbesondere des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, haben großen Einfluss auf die Ausgestaltung und Funktion der BA. Dabei hat sich nach Meinung der Interviewpartner/innen in der Vergangenheit gezeigt, dass diese einflussnehmende Rolle auf Seiten der Politik insbesondere wahrgenommen wurde, wenn der Rücklagebestand schrumpfte und ein Bundeszuschuss zum Haushaltsausgleich geleistet werden musste. So sind die Kostensenkungs- und Digitalisierungsbemühungen bei der BA, die vor rund zehn Jahren einsetzten, zum großen Teil darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2010 ein Bundeszuschuss zum Haushaltsausgleich geleistet werden musste und der Bund daraufhin umfassende „Neustrukturierung“ bei der BA veranlasste. Die Vertreter/innen der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat leiten von den Digitalisierungsbemühungen Auswirkungen auf den Personalbedarf ab und drängen auf einen Personalabbau.

Stärker als dies in anderen Zweigen der Sozialversicherung geschehen ist, hat die BA sehr früh auf Prinzipien der Kundenorientierung und der gezielten Steuerung ihrer Geschäftsprozesse gesetzt. Eine Modernisierung der Arbeitsverwaltung wurde bereits Mitte der 1990er Jahre eingeleitet. Im Jahr 1994 legte die BA erstmals ein Reformkonzept, das „Arbeitsamt 2000“, vor mit dem die Effektivität der Dienstleistungen sowie die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit verbessert werden sollten. Hauptbestandteile des Konzeptes waren die Einrichtung kundenorientierter Arbeiterteams, der Ausbau einer dezentralisierten Leistungserbringung, die Einführung flacher Hierarchien und die Entwicklung des Controllings. Die Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt führten im Jahr 2002 zu weiteren Reformen. Neben den Reformen, die den Vorstand und den Verwaltungsrat betrafen (siehe Kapitel 3.2), wurden vor allem auf die Übernahme privatwirtschaftlicher Managementmethoden, stärkere Marktorientierung sowie die Einführung von Wettbewerbselementen in der BA gesetzt.⁸ Konkret fallen hierunter die mit dem Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt eingeführte Erlaubnis von privaten Arbeitsvermittlern, die Einführung von Leistungsvergleichen zwischen den einzelnen Arbeitsagentu-

⁸ Diese Ansätze werden zusammengenommen zuweilen als New Public Management bezeichnet.

ren, eine neue Organisationssteuerung (z. B. durch die Einrichtung von Kundenzentren), zahlreiche Umstrukturierungen und ein umfangreicher Personalabbau (Institut für den öffentlichen Sektor e. V. 2010). Um Schnittstellenproblematiken zu beheben, hatte die Hartz Kommission ursprünglich außerdem vorgeschlagen, dass Zuständigkeiten und Dienst- und Geldleistungen für Arbeitslose „aus einer Hand“ erfolgen. Dieser Vorschlag konnte sich allerdings nicht durchsetzen, sodass z. B. in Hinblick auf die Grundsicherung die BA nur verwaltend im Auftrag des Bundes tätig ist.

Die einzelnen Organisationseinheiten und die Prozesse in der BA wurden im Zuge des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt einer neuen Steuerungslogik unterworfen, die den Mitteleinsatz systematisch und strategisch nach dem Grundsatz von „Wirkung und Wirtschaftlichkeit“ ausrichten sollte. Zur Überprüfung und Zielsteuerung wurde ein umfangreiches Steuerungssystem eingeführt. Jeweils zwischen der Zentrale und den Regionaldirektionen sowie auch zwischen den Regionaldirektionen und den Agenturen wurden einmal jährlich Vereinbarungen über die zu erreichenden Ziele abgeschlossen. Die Ziele wurden als Wirkungsziele (vor allem Zahl der Integrationen), Prozessvorgaben und Qualitätsstandards formuliert. Allerdings zeichneten sich in Folge verschiedene Anzeichen einer Übersteuerung ab: Es existierten zu viele Ziel- und Steuerungsdimensionen in sehr kleinen Analyseeinheiten und die Zielhöhen waren zu hoch angesetzt. Der Grad der Zielerreichung wurde fortwährend kontrolliert und die Standards der Leistungsmessungen und Leistungsbewertungen und von den Mitarbeitern/innen als zu streng eingeschätzt (Schütz 2008). Die Ausgestaltung dieses Steuerungssystems brachte eine Reihe von negativen Auswirkungen mit sich. So führte die Ergebnisorientierung des Systems in der Arbeitsvermittlung dazu, dass Personal und Mittel auf diejenigen Maßnahmen und Gruppen konzentriert wurden, bei denen mit möglichst geringem Ressourceneinsatz die Dauer der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen verkürzt werden konnte. Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen hatten hingegen das Nachsehen. Bereits vor einigen Jahren wurden deshalb die Vorgaben im Controllingssystem gelockert. Erhalten blieben jedoch operative Zielmarken in der BA und die regelmäßige Erhebung einiger Leistungskennziffern. Zusätzlich gibt es eine leistungsorientierte Bezahlung der Führungskräfte, dies jedoch – anders in der Vergangenheit – weniger an Wirkungsziele geknüpft ist.

Die Verschlinkung der Strukturen der BA und damit verbundene Rationalisierungen haben auch zu einer Zusammenlegung von Standorten geführt. Die Anzahl der Geschäftsstellen ist von rund 650 auf 600 geschrumpft. Insgesamt besteht die Prämisse fort, flächendeckend Agen-

turen für Arbeit und insbesondere Jobcenter zu unterhalten. Innerhalb von 75 Minuten soll ein/eine Kunde/in mit den öffentlichen Verkehrsmitteln die Möglichkeit haben, eine der Dienststellen aufzusuchen.

Mit zunehmender Digitalisierung wird der strukturelle Wandel forciert. Sachbearbeitungsdienste werden überregional zusammengezogen und auch verschiedene weitere Dienstleistungen, wie z. B. die der Familienkasse, zentral zusammengefasst.

Das jüngste Reformkonzept der BA wurde im Jahr 2018 entworfen und trägt den Titel „Strategie 2025“. Das Reformkonzept knüpft an aktuelle Entwicklungen am Arbeitsmarkt an und definiert für die identifizierten Herausforderungen verschiedene Handlungsfelder und Leitsätze. Hierunter fallen der demographische Wandel, Digitalisierung, die zunehmende Bedeutung von Beratung und Qualifizierung und die soziale Ungleichheit.

Die Strategie BA 2025

Die „Strategie BA 2025“ beinhaltet eine Reihe verschiedener Ansatzpunkte um auf die aktuellen Entwicklungen am Arbeitsmarkt zu reagieren. Diese bestehen im Bereich der Arbeitsförderung aus:

- Gleichstellung/Chancengleichheit und Vielfalt und Inklusion
- Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit und der Hilfebedürftigkeit
- Verbesserung des Übergangs zwischen Schule und Beruf
- Arbeits- und Fachkräftesicherung
- attraktive digitale Angebote.

In Teilen sind diese Ansatzpunkte bereits mit Vorschlägen für Maßnahmen unterlegt. So sollen berufliche Werdegänge insgesamt durch eine frühzeitige und lebensbegleitende Beratung unterstützt werden. Arbeitssuchende sollen ferner durch individuelle Qualifizierungen besser auf den Integrationsprozess im Unternehmen vorbereitet werden. Um die Entstehung von Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern, soll verstärkt rechtskreisübergreifend zusammengearbeitet werden, um insbesondere Jugendlichen in komplexen Problemlagen ganzheitliche Lösungen anzubieten. Außerdem soll die individuelle Beratung zur Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit um die Methoden Coaching und Navigation erweitert werden. Des Weiteren sieht das Konzept vor, dass – falls nicht genug Fachkräfte national verfügbar sind – die BA auf internationaler Ebene tätig wird, um das Fachkräfteangebot in Deutschland zu sichern. Darüber hinaus soll das digitale Service-Angebot für Kunden/innen ausgebaut werden. Beispielhaft aufgeführt werden digitale Antrags-, Beratungs- und Informationsinstrumente.

In Hinblick auf die interne Organisation und die Struktur der BA werden folgende Ansätze im Rahmen der Version 2025 verfolgt:

- Automatisierung geeigneter Prozesse
- Weiterentwicklung Kultur und Führung
- nachhaltiges Personalmanagement.

Digitalisierung und Automatisierung sollen dazu führen, dass aufwändige Arbeits- und Dokumentationsschritte wegfallen und die Dienstleistungsqualität verbessert wird. Die geschaffenen Freiräume der Mitarbeiter/innen sollen für „eine qualitativ hochwertigere Arbeit“ mit den Kunden/innen genutzt werden. Hierfür ist vorgesehen, die Mitarbeiter/innen durch eine „qualifizierte Aus- und Weiterbildung“ zu unterstützen. In Hinblick auf eine Weiterentwicklung von Kultur und Führung und einem nachhaltigen Personalmanagement setzt das Konzept das Ziel, dass die bereichs- und funktionsübergreifende Kooperation von Führungskräften und Mitarbeiter/innen ausgebaut wird. Ein Personalentwicklungssystem und Qualifizierungsmodule sollen Mitarbeiter/innen dabei unterstützen, ihre Kompetenzen entsprechend der Anforderungen auszubauen.

Inhaltlich knüpft die Strategie 2025 an die Eckpunkte von dem Entwicklungsprogramm „BA 2020“ aus den Jahren 2013/14 an. In einem vom Hauptpersonalrat veröffentlichten Papier wurde in Hinblick auf das Entwicklungsprogramm „BA 2020“ gefordert, dass die Arbeit der BA stärker die Bewältigung von Übergangsrisiken im Erwerbsleben unterstützen, die nachhaltige Integration auf dem Arbeitsmarkt fördern und die Kompetenzen der Beschäftigten für eine wirksame Beratungs- und Vermittlungsarbeit ausweiten soll. Zusätzlich schlug der Hauptpersonalrat vor, die strikte Aufteilung nach Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite bei der Arbeitsvermittlung zu lockern und in den beiden Bereichen enger zu kooperieren, damit die Schnittmengen zwischen Anforderungen und Kompetenzen, Entwicklungs- und Anpassungspotenzialen von Bewerbern/innen sowie Arbeitsplätzen in Betrieben besser erkannt und bewertet werden können. Des Weiteren sollen die Dienstleistungen der BA zu einem integrierten Arbeitsmarktservice weiterentwickelt werden, der neben den Pflichtberatungen auch Präventivberatungen bereitstellt (Einsiedler 2012).

Diese Forderungen des Hauptpersonalrats wurden im Entwicklungsprogramm eingearbeitet und in Teilen bereits umgesetzt. So wurden z. B. eine deutliche Ausweitung der Beratung und eine entsprechende Schulung der Mitarbeiter/innen in Angriff genommen.

Eine Konkurrenz durch private Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit und ein daraus entstehender Wettbewerb spielt für BA keine Rolle. Eine

Absicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit ist durch private Versicherungsmärkte kaum herzustellen. Arbeitsmarktrisiken können in erheblicher Weise durch das Verhalten des Beschäftigten beeinflusst werden, sodass private Versicherungsverträge für den Großteil der Arbeitnehmer/innen zu teuer wären (Kaps und Schütz 2007). Zwar wurde das Alleinvermittlungsrecht der BA bereits 1994 aufgehoben und insbesondere in Zuge der Hartz-Reformen private Arbeitsvermittlungen gestärkt, trotzdem werden diese durch ihren geringen Anteil an allen Integrationsleistungen nicht als Konkurrenz zur BA gesehen.

Leistungen müssen in der Arbeitsförderung stark individualisiert und an den Einzelfall angepasst werden, damit sie erfolgreich wirken können (Becker/Kohn 2015). Durch die Arbeitsförderung und einem an dem/der individuellen Kunden/in ausgerichteten Dienstleistungsangebot hat die BA stärker als dies in anderen Zweigen der Sozialversicherung notwendig war, bereits frühzeitig auf die Prinzipien der Kundenorientierung gesetzt. Die Kundenzufriedenheit und Kundenorientierung spielen eine sehr wichtige Rolle für die Arbeit der BA und werden regelmäßig im Rahmen von Umfragen unter Kunden/innen abgefragt. Des Weiteren setzt das Kundenmanagement auf die Auswertung von Beschwerden bei verschiedenen Beschwerdestellen.

3.6 Arbeit und Beschäftigung in der BA

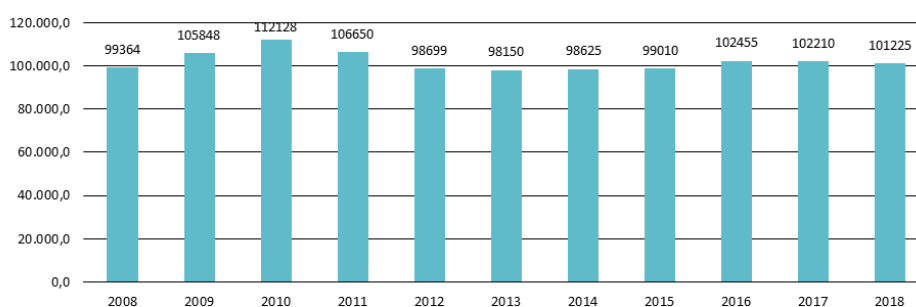
3.6.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung

Die neuesten Daten, die im Frühjahr 2020 vom Statistischen Bundesamt zur Anzahl der Beschäftigten in der BA zu erhalten sind, betreffen das Jahr 2018. Im Jahr 2018 waren insgesamt 112.285 Personen bei der BA beschäftigt. Die Mitarbeiterkapazität – d. h. die Anzahl der Beschäftigten umgerechnet in Vollzeitstellen – betrug im Jahresdurchschnitt 2018 101.225. Die Teilzeitquote der Beschäftigten der BA beträgt 37 Prozent.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahl ist auf Basis von Vollzeitäquivalenten in den letzten zehn Jahren in Abbildung 7 dargestellt. Wie aus der Abbildung ersichtlich, ist die Anzahl der Vollzeitäquivalente bis zum Jahr 2010 (112.128) angestiegen und weist danach eine weitgehend rückläufige Tendenz auf. Der Anstieg der Beschäftigtenzahlen bis zum Jahre 2010 war vor allem Folge der hohen Zahl von Erwerbslosen zu dieser Zeit. Vor dem Hintergrund der angespannten Haushaltslage bei gleichzeitiger Verbesserung der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt wurde in den Folgejahren wieder ein Beschäftigungsabbau eingeleitet.

Allein in den Jahren zwischen 2010 und 2014 (98.625) ist die Anzahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten um zwölf Prozent zurückgegangen. In den letzten Jahren verläuft die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen allerdings weniger kontinuierlich; so ist nach dem Jahr 2014 ein erneuter Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen, der bis 2016 anhielt und vor allem auf die hohen Flüchtlingszahlen und einem entsprechenden Personalbedarf für die Betreuung von Flüchtlingen zurückzuführen ist.

Abbildung 7: Beschäftigungsentwicklung in der BA, in Vollkräften, 2008–2018

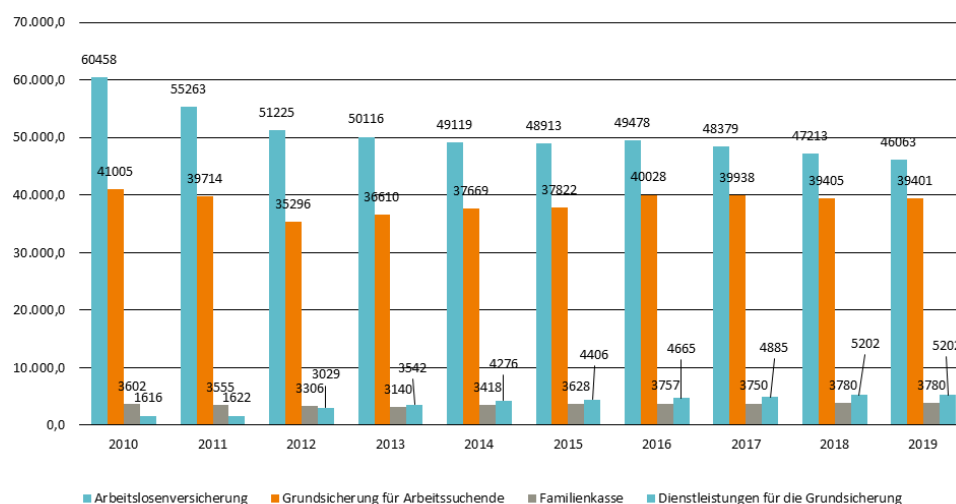


Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Statistisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, verschiedene Ausgaben

Der Geschäftsbericht der BA 2019 gibt die Anzahl der Mitarbeiter/innen in Mitarbeiterkapazitäten an (Bundesagentur für Arbeit 2019c). Im Jahr 2019 betrug die Mitarbeiterkapazität der BA in Vollzeitäquivalenten 96.100. Dabei entfielen 49 Prozent der Beschäftigten (in Vollkräften) der BA auf die Arbeitslosenversicherung. 42 Prozent waren in der Grundsicherung und sechs Prozent im Bereich Dienstleistungen für die Grundsicherung beschäftigt. Vier Prozent entfielen auf die Familienkassen. Abbildung 8 zeigt auf, dass sich die Anzahl der Vollkräfte in den verschiedenen Aufgabenbereichen unterschiedlich entwickelt hat. So ist zwischen den Jahren 2010 und 2019 insbesondere die Anzahl der Vollzeitäquivalente im Bereich der Arbeitslosenversicherung zurückgegangen (Reduktion um 24 Prozent). Im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist die Beschäftigung nach einem Rückgang zwischen den Jahren 2010 und 2012 wieder angestiegen und hat fast das Niveau von 2010 erreicht (2019: noch minus vier Prozent). Der Bereich Dienstleistungen für die Grundsicherung ist dagegen stark angewachsen, nämlich

von 1.616 Vollkräften im Jahr 2010 auf 5.202 Vollkräften im Jahr 2019.⁹ Die Anzahl der Beschäftigten der Familienkasse in Vollkräften hat sich in 2007 und 2019 etwas erhöht (5 Prozent).

Abbildung 8: Entwicklung der Mitarbeiterkapazität in der BA (Vollkräfte, 2010–2019)



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Bundesagentur für Arbeit (2020a)

Der Gesamtpersonalbedarf der BA wird jährlich im Rahmen einer Aufstellung des Personalhaushaltes kalkuliert und vom Verwaltungsrat verabschiedet. Seit 2016 gibt es ein Personalplanungstool mit dem der Personalbedarf nach verschiedenen Szenarien berechnet werden kann. Die Analyse umfasst Ressourceneinsatzplanung, Beschäftigungsfähigkeit sowie Rekrutierung und Potenzialentwicklung des Personals. Stellenabbau wird im Personalhaushalt mit sogenannten „kw-Vermerken“ (künftig wegfallende-Stellen-Vermerke) markiert. Im Rahmen des im Jahr 2010 beschlossenen Abbaus von Personal wurden 17.800 solcher „kw-Vermerke“ gesetzt.

Im Verwaltungsrat wurde beschlossen, dass ein Stellenabbau sozialverträglich ausgestaltet werden sollte. Der sozialverträgliche Abbau von Stellen mit „kw-Vermerken“ gelang in den folgenden Jahren insbesondere

⁹ Die BA stellt auf der gesetzlichen Grundlage des § 44 b Abs. 5 SGB II den gemeinsamen Einrichtungen Angebote an Dienstleistungen zur Verfügung. Die Anzahl des hierfür benötigten Personals kann sich in Abhängigkeit von der vertraglich vereinbarten Inanspruchnahme der Dienstleistungen bzw. der Dauer der Inanspruchnahme verändern.

re durch natürliche Fluktuation des Personals über Verrentung und durch Versetzung von Personal in andere Bereiche. Bis zum Ende des Jahres 2026 sollen die letzten „kw-Vermerke“ endgültig abgebaut werden. Allerdings äußerte sich der Hauptpersonalrat im Februar 2019 zu dem weiteren Stellenabbau kritisch und verwies auf die bereits dünne Personaldecke in der BA (ver.di 2019a). Auch ver.di und die Arbeitnehmerbank im Verwaltungsrat hat sich bereits wiederholt und nachdrücklich gegen den (weitergehenden) Personalabbau in zahlreichen Aufgabenbereichen der BA (ver.di o. J.c) ausgesprochen.

Seit kurzem soll das „Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung“ des Bundesinnenministeriums und Bundesverwaltungsamts, das vor allem bei der Deutschen Rentenversicherung Anwendung findet (vergleiche Kapitel 2.6.1), auch bei der BA angewendet werden. Auf Basis der in dem Handbuch vorgegebenen Methode wird zur Überprüfung von Personalausstattung und -struktur der Personalbedarf für bestimmte Tätigkeiten ermittelt.

Da der Personalbedarf stark von der Arbeitsmarktlage und der Anzahl der Erwerbslosen abhängt, versucht die BA über Befristung einen Teil des Personalbestandes flexibel zu halten. Im Jahr 2019 waren knapp 4 Prozent aller Mitarbeiter/innen befristet beschäftigt. 2016 lag der Befristungsanteil dagegen bei 13 Prozent und 2018 noch bei sieben Prozent. Die ehemals hohe Befristungsquote der BA ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass der Personalbedarf der BA stark von der Arbeitsmarktlage und der Anzahl der Erwerbslosen abhängt und Teile des Personalbestandes so flexibel gehalten wurden. Grund für den Rückgang der Befristungsquote ist das Vorhaben der Bundesregierung, den Anteil von sachgrundlosen Befristungen auf maximal 2,5 Prozent aller Beschäftigungsverhältnisse in Unternehmen mit mehr als 75 Beschäftigten zu beschränken.¹⁰

Der Frauenanteil unter allen Beschäftigten in der BA ist hoch und lag im Jahr 2019 bei 71 Prozent. Leitende Positionen werden zu 51 Prozent von Frauen besetzt. Elf Prozent der Beschäftigten der BA waren im Jahr 2019 Beamte/Beamtinnen. Da es nicht mehr zu Neueinstellungen in einem Beamtenverhältnis kommt, ist der Anteil von Beamten/innen unter allen Beschäftigten der BA seit Jahren rückläufig. Die Schwerbehinderterquote liegt bei knapp elf Prozent.

Im Rahmen der Personalplanung wird alljährlich auch die Altersstruktur der BA analysiert. Das Durchschnittsalter der BA betrug 2019 45 Jahre. Nach den Berechnungen der Personalplanung werden bis zum

¹⁰ Zudem soll die Höchstdauer der Befristung von 24 Monaten auf 18 beschränkt werden und nur noch eine einmalige Vertragsverlängerung möglich sein. Die Regelung soll sowohl für die Privatwirtschaft als auch für den öffentlichen Dienst gelten.

Jahr 2022 elf Prozent der Mitarbeiter/innen altersbedingt aus der BA ausscheiden. Innerhalb der nächsten zehn Jahre werden es sogar ein Drittel der gesamten Beschäftigten sein. Besonders stark sind die Agenturen für Arbeit, die Familienkassen und der Bereich Operativer Service und Interner Service vom demographischen Wandel betroffen. Trotz den Vorgaben für einen Stellenabbau in der BA geht man daher davon aus, dass infolge des demographischen Wandels der Personalbedarf zukünftig ohne mehr Einstellungen nicht gedeckt werden kann. Um eine Personallücke zu vermeiden wird unter anderem stark auf Digitalisierung gesetzt.

Die Fluktuation unter den Beschäftigten ist gering und lag im Jahr 2019 bei 3,7 Prozent. Die Mitarbeiterbindung ist hoch und viele Mitarbeiter/innen identifizieren sich mit ihrem Arbeitgeber. Die Mitarbeiterzufriedenheit spielt für die Geschäftsführung nach Aussagen der Interviewpartner/innen eine bedeutende Rolle. Alle zwei Jahre gibt es Mitarbeiterbefragungen und die Auswertung der Ergebnisse in Form eines Mitarbeiterindex, der allen Mitarbeiter/innen zugänglich ist. Die Befragungen können nach verschiedenen Ebenen und Variablen ausgewertet werden. So finden Auswertungen sowohl auf Ebene der einzelnen Regionaldirektionen wie auch auf Ebene einzelner Teams in den Agenturen für Arbeit statt. Die Beteiligung der Beschäftigten an der Befragung ist gut und nach Meinung der Interviewpartner/innen schätzen die Mitarbeiter/innen die Befragung als wichtiges Instrument ein, um Feedback zu ihren Arbeitsbedingungen zu geben.

Die größten Beschäftigungsgruppen der BA machen die Fachkräfte für Sachbearbeitungsaufgaben zusammen mit den Arbeitsvermittlern/innen und -beratern/innen aus. Die Fachkräfte für Sachbearbeitungsaufgaben sind im Allgemeinen für die Bearbeitung von Geldleistungen und Anträgen auf Leistungen zur Arbeitsförderung zuständig. Sie überprüfen Leistungsansprüche und sorgen dafür, dass Geldleistungen ausgezahlt werden. Beschäftigte, die als Fachkräfte für Sachbearbeitungsaufgaben eingesetzt sind, haben häufig die duale dreijährige Ausbildung zum/zur Fachangestellte/n für Arbeitsmarktdienstleistungen durchlaufen und sich im Anschluss weitergebildet.

Arbeitsvermittler/innen und -berater/innen übernehmen Aufgaben bei der Vermittlung, Beratung und Integration von Erwerbsfähigen. Sie informieren Arbeits- und Ausbildungssuchende über Entwicklungen in den einzelnen Berufen und Branchen, Anforderungen des Arbeitsmarktes und Vermittlungsaussichten. Sie erstellen ferner Qualifikationsprofile, unterstützen bei der Zusammenstellung von Bewerbungsunterlagen und bei der Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche. Darüber hinaus beraten und unterstützen sie Arbeitgeber bei allen Fragen der Personalbe-

schaffung. Arbeitsvermittler/innen und -berater/innen haben häufig ein Studium für Arbeitsmarktmanagement an der Hochschule der BA abgeschlossen. Aber auch der Quereinstieg ist möglich. Die Interviewpartner/innen schätzen, dass rund 4.000 Quereinsteiger/innen im Bereich Vermittlung bei der BA beschäftigt sind. (Fach-)Spezifische Berater/innen kommen häufig aus der Gruppe der Arbeitsvermittler/innen und haben sich entsprechend spezialisiert.

Eine weitere bedeutende Berufsgruppe in der BA sind Fachassistenzkräfte, die in den Agenturen für Arbeit, Jobcentern oder auch der Familienkasse arbeiten. Zu ihren Tätigkeitsbereichen gehört es vor allem, Auskünfte bei allgemeinen Anfragen zu erteilen und auf weitere Unterstützungsangebote (z. B. Schuldnerberatung und ähnliches) hinzuweisen. Außerdem unterstützen sie beim Ausfüllen von Anträgen auf Geldleistungen. In Teilen erledigen sie auch Assistenz Tätigkeiten für die Fachkräfte aus den Bereichen Berufsberatung und Arbeitsvermittlung. Häufig ist der Einsatz in den Servicecentern die erste Einsatzstelle, die direkt im Anschluss an die Ausbildung zum/zur Fachangestellte/n für Arbeitsmarktdienstleistungen besetzt werden kann.

Darüber hinaus gibt es Assistenzkräfte in der BA, die z. B. in Telefonservicecentern, am Empfang oder der Eingangszone der Arbeitsagenturen als persönliche/r Ansprechpartner/in im ersten Kundenkontakt eingesetzt sind. Im IT-Bereich der BA sind rund 2.400 Personen beschäftigt.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftebedarfs und gestiegenen Anforderungen an die Qualifikation von Arbeitnehmer/innen in Deutschland wird insgesamt der beruflichen Qualifikation von Arbeitssuchenden eine stärkere Bedeutung beigemessen. Damit steigt der Beratungsbedarf bei der BA. Verschiedene gesetzliche Veränderungen haben zu einem Ausbau der Angebote im Bereich Beratung und einem entsprechenden Personaleinsatz geführt. So hat z. B. die Leistungserweiterung infolge des Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsstärkungsgesetzes (AWStG) aus dem Jahr 2016 zu einer Aufstockung von Beschäftigten im Bereich Berufsberatung der BA geführt. Des Weiteren hat das Qualifizierungschancengesetz und die Einführung der lebensbegleitenden Berufsberatung (LBB) vor allem im Erwerbsleben zu einer entsprechenden Umorientierung des Personaleinsatzes in der BA geführt. Offene Fragen existierten zeitweise hinsichtlich der Rekrutierung des entsprechenden Personals und der Zertifizierung von Weiterbildungen (ver.di 2018). Zum Beispiel verfügten die rund 4.000 Quereinsteiger/innen kaum über entsprechende Qualifikationen im Bereich Beratung, da sie bisher überwiegend in der Vermittlung eingesetzt waren. Der Hauptpersonalrat hat in diesem Zusammenhang eine bedarfsge-

rechte Qualifizierung für Berufsberater/innen und Führungskräfte gefordert. In Reaktion wurde das neue Tätigkeits- und Kompetenzprofil „Berater/in Markt und Integration in der BA“ mit eigenem Zertifizierungskonzept entworfen (ver.di 2019d).

Qualifizierung und Zertifizierung der „Berater/innen Markt und Integration“ in der BA

„Berater/innen Markt und Integration“ in der BA sollen in dem Bereich lebensbegleitende Berufsberatung vor oder im Erwerbsleben eingesetzt werden.

Das Zertifizierungsprogramm zum/zur „Berater/in Markt und Integration“ wurde in Zusammenarbeit mit der Hochschule der BA konzipiert und trägt den Titel „Professionelle Beratung“. Das Programm stellt vor allem auf eine Vertiefung des Wissens zu Beratungsthemen, der methodisch/didaktischen Kompetenzen sowie einer verstärkten Selbst- und Fallreflexion ab und besteht aus einem Pflichtmodul und mehreren Ergänzungsmodulen. Das Pflichtmodul, das für alle Berater/innen obligatorisch ist, hat die folgenden Lernziele:

- die individuellen Kompetenzen und Voraussetzungen der Kunden/innen stärkenorientiert zu erheben,
- Kunden/innen bei der eigenständigen Berufswegplanung und Entscheidungsfindung zu unterstützen,
- die Ressourcen der Kunden/innen ziel- und lösungsorientiert zu aktivieren,
- relevante Dritte im Sinne eines Netzwerkmanagements angemessen einzubinden und
- Entwicklungen in der Berufswelt und am Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsmarkt frühzeitig (er)kennen und für die Kunden/innen potentielle Auswirkungen und Entwicklungsperspektiven abzuleiten.

Die Ergänzungsmodule ergänzen das Pflichtmodul um die fachspezifische Qualifizierung je nach Kenntnisstand und Bedarf des/der Teilnehmers/in. Ergänzungsmodule gibt es z. B. zu:

- Einführung in die lebensbegleitende Berufsberatung vor oder im Erwerbsleben (Auftrag, Funktion, Rolle, Grenzen etc.),
- Schulungen zur Durchführung von Berufsorientierungsveranstaltungen für Erwerbstätige
- Workshops zum Umgang mit Selbsterkundungstools
- fachliche Vertiefungen zu Themen wie Berufs- und Medienkunde einschließlich Recherchekompetenz.

Das Pflichtmodul erstreckt sich über eine Dauer von rund sechs Monaten (bei Teilzeit bis zu zwölf Monaten). Insgesamt ergeben sich rund 125 Stunden Aufwand pro Beschäftigten. Ab 2021 sollen weitere Wahlmodule zur Vertiefung verschiedener Themen angeboten werden (z. B. berufliche Eignungsdiagnostik, digitale Beratung).

Die neu geschaffene Qualifizierung zum/zur Berater/in steht Beschäftigten der BA offen, die eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im Bereich Markt und Integration aufweisen können. Weitere Zugangsvoraussetzung, um dauerhaft als „Berater/in Markt und Integration“ tätig sein zu können, ist eine Beratungsqualifizierung auf dem neuen Dienstposten.

Einen großen Einfluss auf die Anzahl von Beschäftigten in den verschiedenen Beschäftigungsbereichen haben mögliche Einsparungspotenziale infolge von Automatisierung und Digitalisierung. Durch das theoretisch hohe Substitutionspotenzial von Sachbearbeitungsaufgaben durch Digitalisierung könnten vor allem die Fach- und Assistenzkräfte für Sachbearbeitungsaufgaben von Personalreduzierungen betroffen sein. Ferner weisen die Interviewpartner/innen darauf hin, dass eine Umschulung von Fachkräften für Sachbearbeitungsaufgaben zu den zunehmend stärker nachgefragten Beratern/innen durch die verschiedenen Anforderungen an die Kompetenzen und Fähigkeiten der beiden Berufsbereiche mitunter ein schwieriges Unterfangen darstellt und nicht in allen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass entsprechendes Personal flexibel eingesetzt werden kann.

Die Qualifizierung der Beschäftigten für neue Tätigkeiten im Rahmen veränderter Strukturen und Prozesse spielt in der Personalarbeit der BA eine wichtige Rolle. Zuletzt hat die BA infolge der Anpassung an die veränderten Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt und der Strategie 2025 ein Kompetenzmodell mit sogenannten Zukunftskompetenzen entwickelt. Das Modell definiert vier Grundkompetenzen für die Beschäftigten der BA, die mit verschiedenen Teilkompetenzen unterlegt worden sind. Die vier Grundkompetenzen bestehen aus Fach-/Methodenkompetenz (mit den Teilkompetenzen Planung und Problemlösung), sozial-kommunikative Kompetenz (Kundenorientierung, Teamfähigkeit und persönliche Beratung), Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz (Zielorientierung und Veränderungskompetenz) und personale Kompetenz (Belastbarkeit, Lern- und Kritikfähigkeit).

3.6.2 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der BA

Die Arbeitsbedingungen bzw. -belastungen unterscheiden sich nach den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der BA. Gleichzeitig gibt es aber auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen allen analysierten Berufsfeldern. Im Folgenden werden die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der BA in Hinblick auf berufsspezifische Besonderheiten wie auch beschäftigtenübergreifende Eigenschaften analysiert.

In Hinblick auf die Personalbemessung existiert für den Bereich SGB III kein gesetzlich festgeschriebener Betreuungsschlüssel, sondern nur ein Richtwert aus einer Berechnung unter Berücksichtigung von Erwerbslosenzahlen und der Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen bei der BA. Da die Zahl nicht den Einsatzbereich der Mitarbeiter/innen berücksichtigt, der sich durch eine unterschiedlich starke Interaktion mit Kunden/innen auszeichnet, sowie auch den unterschiedlichen Betreuungsaufwand für verschiedene Kunden/innen unberücksichtigt lässt, ist sie bezogen auf den einzelnen Arbeitsplatz nur bedingt aussagekräftig. Für das Jahr 2019 wird die arbeitnehmerorientierte Betreuungsrelation mit eins zu 184 angegeben und die arbeitgeberorientierte Relation mit eins zu 340. Die Betreuungsrelation ist damit im Vergleich zu 2018 (163 bzw. 320) angestiegen.

Der Betreuungsschlüssel in den Jobcentern liegt höher als bei den Agenturen für Arbeit, was allerdings auch dem beratungsintensiveren Klientel geschuldet ist. Der Betreuungsschlüssel in den Jobcenter wird von der Trägerversammlung, die paritätisch von Vertreter/innen der Agentur für Arbeit und des kommunalen Trägers besetzt ist, beschlossen. Allerdings sieht § 44c SGB II vor, dass im Regelfall folgende Anteilsverhältnisse zwischen eingesetztem Personal und Leistungsberechtigten in den Jobcenter zu berücksichtigen sind:

- 1:75 bei der Gewährung der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- 1:150 bei der Gewährung der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die das 25. Lebensjahr vollendet und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben.

Im Jahr 2019 lag der Betreuungsschlüssel in der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowohl für die unter 25-jährigen mit eins zu 69 als auch für die über 25-jährigen mit eins zu 122 unterhalb der Orientierungswerte nach dem SGB II. Trotzdem weist ver.di auch für den Bereich der Jobcenter auf eine ungenügende Personalbemessung hin (ver.di o. J. b).

Im Zuge des Ziels der BA dem/der einzelnen Kunden/in eine anspruchsvolle und individualisierte Beratungsleistung zukommen zu lassen, wird angestrebt, den Betreuungsschlüssel entsprechend zu verbessern. Die Angemessenheit der Personalbemessung mit von den Beschäftigten der BA unterschiedlich eingeschätzt. Nach Aussagen der Interviewpartner/innen sind hohe Fallzahlen insbesondere für Beschäftigte der Agenturen für Arbeit in strukturschwachen Gebieten mit hoher (Langzeit-)Arbeitslosigkeit ein Problem. In einigen Fällen hat die enge Personalbemessung zur Folge, dass Kunden/innen mit hohem Betreuungsaufwand und ungünstigen Vermittlungschancen nicht die Unterstützung erfahren, die für ihre Vermittlung notwendig wäre.

Ein Mangel an Fachkräften ist nur in einigen Tätigkeitsbereichen in der BA spürbar. Vor dem Hintergrund des Ausbaus der Beratungsleistungen betraf der Mangel vor allem qualifizierte Berater/innen und wird aktuell durch das neu geschaffene Tätigkeits- und Kompetenzprofil „Berater/in Markt und Integration in der BA“ angegangen. Ansonsten wird einem Fachkräftemangel vor allem durch Nachwuchskräfte aus eigenen Ausbildungsleistungen vorgebeugt. Die Ausbildungsquote der BA lag im Jahr 2019 bei fünf Prozent und die Anzahl der Auszubildenden betrug 2.321 Personen. Am häufigsten wird zur/zum Fachangestellte/n für Arbeitsmarktdienstleistungen ausgebildet. Außerdem studierten im Jahr 2019 1.503 Studenten/innen an der hauseigenen Hochschule. Gängige Studiengänge sind „Beratung für Bildung, Beruf und Beschäftigung“ und „Arbeitsmarktmanagement“.

In einigen Beschäftigungsbereichen der BA haben sich die Tätigkeiten im Beruf und die Anforderungen an die Qualifikation verändert. Die Veränderungen resultieren vor allem aus mehr IT und Software-Einsatz, Umstrukturierungen, aber auch der veränderten Schwerpunktsetzung im Bereich Arbeitsförderung. Beschäftigte, deren Arbeit von Sachbearbeitungsleistungen geprägt war, die inzwischen digitalisiert wurden, mussten sich teilweise in völlig neue Arbeitsbereiche einarbeiten. Zusätzlich liegen die neuen Arbeitsbereiche und -tätigkeiten häufig in der Beratung und verlangen besondere Beratungskompetenzen. Außerdem werden spezielle Kenntnisse im Fallmanagement und der Berufsberatung gebraucht. Auch hier setzt das Zertifizierungskonzept „Berater/in Markt und Integration in der BA“ an, um das Qualifikationsniveau entsprechender Beschäftigten anzupassen. Die Modulschulungen ermöglichen zusätzlich, Beschäftigte je nach Vorkenntnissen auf den Einsatzort in der Beratung vorzubereiten.

Die BA hat im Jahr 2017 den 1. Platz in der Kategorie „Großunternehmen“ des Exzellenzsiegels des Deutschen Bildungspreises gewonnen. Besonders hervorgehoben wurde bei der Preisverleihung u. a.,

dass die BA konsequent das Thema Beratung in der Ausbildung und Qualifizierung ihres Personals verfolgt. Auch stimmen die Interviewpartner/innen aus der BA darin überein, dass ausreichend Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die BA verfolgt den Grundsatz einer lebensphasenorientierten Personalpolitik, die u. a. Themen wie Alter, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und lebenslanges Lernen aufgreift und ändernde Lebenssituationen berücksichtigt. Teil der Personalentwicklung ist ein jährlicher Dialog über Stärken, Verbesserungspotenziale und Entwicklungsmöglichkeiten des/der Mitarbeiters/in (Behrens 2011, S. 13).

Trotzdem liegen Hinweise vor, dass ein Teil der Beschäftigten von fehlenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten betroffen ist. ver.di weist auf den Mangel an Qualifizierungsangeboten, insbesondere auch für Beschäftigte der Familienkasse, hin (ver.di o. J. d).

Das Ausmaß der Zunahme der Arbeitsverdichtung – also die Menge der Arbeit, die erledigt werden muss, – wird von den Beschäftigten unterschiedlich wahrgenommen. Es gibt Beschäftigte, die unter einem erhöhten Arbeitspensum und erhöhtem Zeitdruck leiden und eine starke Leistungsverdichtung zu bewältigen haben. Andererseits wird auch berichtet, dass die Arbeitsverdichtung im Vergleich zu der Situation im Anschluss an die Umsetzung des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, die von einer Übersteuerung mit einer Vielzahl von Leistungsmessungen und Leistungsbewertungen geprägt war, abgenommen hat. Damals hatte die Konzentration auf Kennzahlen und Zielsteuerung zu einer massiven Leistungsverdichtung unter den Beschäftigten geführt (Ames 2008; Olejnczak et al. 2014).

Einheitlich wird jedoch der Trend erkannt, dass die Arbeitsintensität und die Komplexität der Arbeit zunehmen. Die Entwicklung resultiert hauptsächlich aus der Übernahme und Erledigung einfacherer Aufgaben durch die IT im Rahmen der Digitalisierung und dem Verbleib der schwierigeren Aufgaben bei den Mitarbeitern/innen. Die Arbeitsintensität – die mentale Beanspruchung bei der Arbeit – nimmt auch infolge des Beschäftigungsabbaus zu, da die verbleibenden Mitarbeiter/innen für mehr und verschiedenartigere Aufgabengebiete zuständig sind. Des Weiteren steigt die Komplexität der Arbeit auch an, weil die Anliegen der Kunden/innen komplexer geworden sind: Vermittlungshemmnisse werden insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme von psychischen Erkrankungen vielfältiger und schwerwiegender. Ausbildungsgänge und Studienrichtungen diversifizieren sich zunehmend und erschweren Beratern/in den Überblick zu behalten. Außerdem werden die Aufgaben in Hinblick auf die Bescheide für das Arbeitslosengeld II umfassender und komplexer, da die Regelkataloge inzwischen fast alle Eventualitäten

verschiedener Lebenslagen erfassen und entsprechend zu berücksichtigen sind.

Die emotionalen Arbeitsanforderungen an die Beschäftigten der BA sind hoch und ergeben sich vor allem aus dem Umgang mit Personen, die sich durch ihre Erwerbslosigkeit in einer besonders problematischen Lebenslage befinden. Konfrontationen zwischen Beschäftigten und Kunden/innen nehmen vor allem in sogenannten Brennpunktbezirken zu (Rövekamp 2017). Für die Eventualität einer tatsächlichen Konfrontation sind alle Arbeitsplätze mit Kundenkontakt mit einem Alarmsystem ausgestattet.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit für vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer/innen beträgt bei der BA 39 Stunden (Beamte/innen des Bundes: 41 Stunden). Es ist ein Arbeitszeiterfassungssystem im Einsatz. Nur Personal im außertariflichen Bereich arbeitet auf Basis von Vertrauensarbeitszeit. Das Thema Überstunden wird nach Meinung der Interviewpartner/innen von den Beschäftigten der BA kontrovers diskutiert. Während ein Teil der Beschäftigten freiwillig oder unfreiwillig Überstunden leistet, tut ein anderer Teil dies nicht. Zum Teil sind Überstunden auch dem Umstand geschuldet, dass Arbeit saisonal verteilt anfällt. So haben Mitarbeiter/innen im Bereich Ausbildung insbesondere zwischen den Monaten Juli und Oktober ein stark erhöhtes Arbeitsaufkommen.

Die Interviewpartner/innen schätzen das Entgelt der Beschäftigten als angemessen oder teilweise angemessen ein. Für alle Beschäftigten der BA gilt der „Tarifvertrag der Bundesagentur für Arbeit“. Der Tarifvertrag basiert seit dem Jahr 2005 auf Tätigkeits- und Kompetenzprofilen. Alle in der BA auszuübenden Tätigkeiten werden von der BA in Fach- und Organisationskompetenzen beschrieben und von den Tarifvertragsparteien Tätigkeits- und Kompetenzprofilen zugeordnet. Rund 700 Einzeltätigkeiten verschiedener Funktions- und Aufgabenbereiche sind den Profilen zugeordnet. Neben der Grundlage zur Tarifierung dienen die Profile auch als Referenzpunkt für die Personalentwicklung und Qualifizierung von Beschäftigten. Der Tarifvertrag ordnet die Tätigkeits- und Kompetenzprofilen entsprechenden Vergütungsgruppen zu und ist weitgehend an die Tarifregelungen des öffentlichen Dienstes auf Bundesebene (TVöD) angelehnt. Jedoch setzt der Tarifvertrag der BA stärker auf die Honorierung von Leistungen durch Funktionsstufen und auf die Durchlässigkeit zwischen den Entwicklungsstufen als die Tarifregelungen des öffentlichen Dienstes auf Bundesebene.

Der Tarifvertrag der Bundesagentur für Arbeit 2019

Das Gehalt der Beschäftigten der BA setzt sich aus einem Festgehalt, den Funktionsstufen und Leistungskomponenten zusammen. Die Entgelttabelle des Tarifvertrages hat acht Tätigkeitsebenen, die ferner in sechs Stufen nach Dauer der Betriebszugehörigkeit und zwei Funktionsstufen unterteilt sind. Anders als in anderen Tarifverträgen wird die achte Tätigkeitsebene am geringsten und die erste Tätigkeitsebene am höchsten entlohnt. Dabei gibt es kaum Beschäftigte auf Tätigkeitsebene VIII. Die Bereiche der hier zuzuordnenden Tätigkeiten, wie Post, Küche oder Reinigung, sind häufig bereits vor Jahren ausgelagert worden. Die Assistenzebene wird nach Tätigkeitsebene VI entlohnt. Nach dem aktuellen Tarifvertrag – der seit dem 1. April 2019 und bis zum 29.2.2020 gültig ist – beträgt das Entgelt auf Tätigkeitsebene VI und Stufe 1 (unter einem Jahr Betriebszugehörigkeit) 2.341,27 Euro. Die Fachassistenzebene enthält ein Entgelt auf Basis der Tätigkeitsebene V (2.550,23 Euro auf Stufe 1). Fachkräfte für den Bereich Vermittlung und Beratung sowie auch Fachkräfte für Sachbearbeitungsaufgaben werden nach Tätigkeitsebene IV entlohnt und erhalten 3.274,31 Euro auf Stufe 1. Zusätzlich zu dem Gehalt auf Basis der Tätigkeitsebenen werden Zulagen nach zwei Funktionsstufen gewährt (65,33 Euro bis 370,20 Euro). Durch tätigkeitsabhängige und -unabhängige Funktionsstufen werden zusätzliche Aufgaben oder besondere Schwierigkeitsgrade einer Tätigkeit vergütet. Ein/e Beschäftigte/r aus dem Bereich Vermittlung, Beratung oder Sachbearbeitung (Tätigkeitsebene V) verdient nach 16 Jahren Betriebszugehörigkeit und der Erledigung von Tätigkeiten der Funktionsstufe 2 4.858,21 Euro im Monat.

Im Allgemeinen gelten die Arbeitsbedingungen in der BA als gut. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen der BA wird trotz zunehmender Arbeitsbelastung zum überwiegenden Teil als hoch eingeschätzt.

Die Strukturen der betrieblichen Arbeitnehmervertretung sind in der BA gut ausgebaut: Der Hauptpersonalrat ist in der Zentrale in Nürnberg angesiedelt und die zehn Regionaldirektionen verfügen jeweils über Bezirkspersonalräte. Neben dem Hauptpersonalrat und den Bezirkspersonalräten existiert in jeder Dienststelle ein Personalrat, der sich auf lokaler Ebene vor allem um die Einhaltung der Arbeitnehmerrechte, Beschwerden und Anregungen der Beschäftigten, Eingliederung von Schwerbehinderten sowie Chancengleichheit kümmert.

3.7 Trends der Digitalisierung in der BA und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Automatisierung, IT-Einsatz und Digitalisierung sind bei der BA deutlich weiter als bei anderen Trägern der Sozialversicherung entwickelt. Die Einführung privatwirtschaftlicher Managementmethoden in der Geschäftsstrategie der BA führte früh zu Rationalisierungsbemühungen und Effizienzsteigerungen durch den Einsatz von Digitalisierung. Große Teile der Restrukturierungen und strukturellen Reformen in der BA infolge der Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wären ohne eine umfassende Digitalisierungsstrategie nicht möglich gewesen. Auch die Bundesregierung unterstützt die Digitalisierungsbestrebungen der BA. Getrieben von der „Digitale Agenda für Europa 2020“ nutzt die Bundesregierung die BA – als größte Behörde Deutschlands – als einen Bezugspunkt, die digitale Agenda in Deutschland umzusetzen. Auch darauf aufbauende gesetzliche Initiativen, wie das Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung (E-Government-Gesetz – E-GovG) und das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG), fungierten als Treiber der Digitalisierung der BA. Des Weiteren merkten die Interviewpartner/innen auch an, dass ein Teil der Kunden/innen, insbesondere auf Seiten der Arbeitgeber, digitale Dienstleistungsangebote erwartet.

Die Digitalisierungsstrategie der BA fußt auf verschiedenen Konzepten, die regelmäßig überarbeitet werden. Zuletzt verfolgte die „IT-Strategie 2020“ einen Ausbau der Erweiterung der digitalen Kundenkommunikation, z. B. wurde das Angebot von Online-Inhalten auf der Webseite der BA stark erweitert. Obwohl verschiedene Bereiche der BA bereits weitgehend digitalisiert sind, wird Digitalisierung als fortwährender Prozess verstanden, und auch das aktuelle Reformkonzept „Strategie 2025“ definiert die weitere Digitalisierung der BA als Aufgabenfeld.

Digitale Technologien prägen bereits verschiedene interne Organisationsprozesse und kommen sowohl bei den Beschäftigten als auch an der Schnittstelle zum/zur Kunden/in zum Einsatz. In Hinblick auf die Organisation und Sachbearbeitung gelten die Bereiche Dokumentation und Speicherung von Daten als umfassend digitalisiert. Die elektronische Aktenführung (fortan E-Akte) existiert in der BA seit dem Jahr 2013 und wird von den Interviewpartnern/innen als der bedeutendste Digitalisierungsschritt eingeschätzt (siehe auch ver.di 2017). Die E-Akte enthält alle elektronischen Sachverhalte eines Verwaltungsvorgangs (E-Mails, Anträge, gescannte Papierdokumente usw.) und ermöglicht vernetzte Arbeitsprozesse. Sie ist die Voraussetzung für ein zeit- und ortsflexibles Arbeiten: Durch sie können Arbeitsprozesse ortsunabhängig und in zent-

ralen Einrichtungen bearbeitet werden. Gleichzeitig müssen Beschäftigte nicht mehr ihre Arbeitsstelle wechseln, wenn sich der Aufgabenzuschnitt ihrer Arbeit ändert. Darüber hinaus führt die E-Akte dazu, dass Kundenanfragen schneller bearbeitet und beantwortet werden können (Zanker 2019).

Darüber hinaus sind in der BA viele Prozesse der Datenverarbeitung im Rahmen von Dunkelverarbeitung inzwischen digitalisiert. Mussten früher z. B. Arbeitslosengeldzahlungen von den Mitarbeitern/innen noch selbst ausgerechnet werden, übernehmen inzwischen Computerprogramme jegliche Berechnungen. Eine Reihe von weiteren Assistenzprogrammen unterstützen die Mitarbeiter/innen bei der Entscheidungsfindung im Hinblick auf Ansprüche auf Leistungen und Maßnahmen.

Die zunehmende Verbreitung von digitalen Formen der Kommunikation hat auch dazu geführt, dass Arbeitsprozesse in der BA neu ausgestaltet werden konnten. So ist es durch die breite Einführung von E-Mails z. B. möglich, dass die regionalen Familienkassen durch die Übernahme der Bearbeitung eingehender E-Mails durch das Service Center bedarfsorientiert entlastet werden. Gleichzeitig stellt diese Bearbeitung der E-Mails durch die Mitarbeiter/innen des Service Center sicher, dass bereits bereitgestellte Personalkapazitäten im Service Center in anrufgeringen Zeiten ausgelastet werden können.

Die Schnittstelle zum/zur Kunden/in ist ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für die Digitalisierungsstrategie der BA. So kommt bereits in der Eingangszone der Agenturen für Arbeit das IT-Verfahren „BEO“ zum Einsatz, das die Steuerung von Kunden/innen in nachgelagerte Einheiten der Agenturen übernimmt. Über eine Lotsenfunktion sorgt BEO dafür, dass Kunden/innen direkt zu einem/er passenden Mitarbeiter/in weitergeleitet werden, der/die für das Anliegen zuständig ist. Darüber hinaus sind SignPads im Einsatz, die Unterschriften elektronisch erfassen. SignPads können Bearbeitungsprozesse vereinfacht, Medienbrüche vermeiden und der Prozesse (wie z. B. die Ablage in der eAkte) verkürzen. Seit dem Jahr 2019 ist außerdem das neue Barzahlungsverfahren Barcode im Einsatz, womit bei spezifischen Härtefällen Geldleistungen in bar ausgezahlt werden können.

Als das wichtigste Element der Digitalisierung an der Schnittstelle zum/zur Kunden/in werden verschiedene Online-Portale gesehen. Portale existieren in Form des Kundenportals „APOK“, das ein Anwendungsportal und einen Online-Kundenzugang gewährt, wie auch für die elektronische Antragstellung und Leistungsgewährung (Antragsportal Leistungen Online, abgekürzt mit APOLLO). Ein weiteres Portal existiert für onlinebasierte Informationsmedien (z. B. Berufsentwicklungsnavigator und zielgruppenspezifische Apps) sowie für die Unterstützung von per-

sönlichen Beratungen durch anonyme Chats, Co-Browsing, Videochats und Online-Gruppenberatungen (Bundesagentur für Arbeit 2015). Diese Vielschichtigkeit und Vielseitigkeit von Portalen ist für die Kunden/innen nicht sichtbar, sondern das Kundenportal „APOK“ – im Web unter der Bezeichnung „BA-online Welt“ verfügbar, – bündelt die Zugänge zu den anderen Portalen für Kunden/innen, die die Webseiten der BA nutzen. Des Weiteren passt sich die Homepage in Teilen individuellen Bedürfnissen an: Die inhaltliche Struktur des Kundenportals orientiert sich dabei an der Definition von 35 fiktiven Personengruppen, den sog. Persona. Jede der Persona steht für eine idealtypische Kundengruppe der BA und deren Anliegen. Durch Persona soll vor allem die Übersichtlichkeit des Angebotes verbessert und gesuchte Informationen schneller gefunden werden.

Es wird angestrebt, die Angebote zur Selbstinformation der Kunden/innen zukünftig weiter auszubauen. Insbesondere soll das digitale Angebot zur Berufsorientierung und für Ausbildungsberufe erweitert werden. Das Portal „Perspektive Wiedereinstieg“ stellt bereits für die Gruppe der Wiedereinsteiger/innen Informationen zum Wiedereinstieg sowie eine Übersicht weiterer Beratungs- und Unterstützungsangebote von Bund, Ländern und Kommunen zur Verfügung. Seit Juni 2018 wird in einer Testphase die Dienstleistung „Online-Lotsen“ erprobt. Hier bieten Mitarbeiter/innen aus dem Bereich Vermittlung als „Online-Lotse“ in der Phase eines Berufswechsels ein Erstgespräch über Skype an (ver.di 2019b).

Ein weiterer Bestandteil der Digitalisierungsstrategie der BA ist es, Kunden/innen bei der digitalen Bearbeitung von Anträgen verstärkt einzubinden. Im Rahmen der Datenselbsteingabe (DSE) können Kunden/innen von Zuhause oder an PCs in den Agenturen für Arbeit Formulare oder Anträge selbst ausfüllen. Ursprünglich war für die digitale Bearbeitung von Anträgen und Formulare durch die Kunden/innen eine Quote von 20 Prozent aller Anträge oder Formulare zum Ziel gesetzt worden. Es zeigte sich jedoch, dass die Kunden/innen verstärkt Anfragen beim Ausfüllen der Anträge und Formulare hatten und die ausgefüllten Anträge und Formulare z. T. so fehlerhaft waren, dass die Datenselbsteingabe (DSE) vielerorts zu einer Mehrbelastung der Beschäftigten geführt hat, insbesondere im Hinblick auf psychische Belastungsfaktoren. Dementsprechend wurde inzwischen von der Digitalisierungsquote von 20 Prozent Abstand genommen.

Auch wenn viele Digitalisierungsansätze in der BA schon umgesetzt werden konnten, gibt es eine Reihe von Herausforderungen und Probleme für einen noch weitergehenden Einsatz von Automatisierungs- und Digitalisierungsprozessen. So ergeben die Ergebnisse der Interviews,

dass der gesetzliche Datenschutz die Umsetzung weiterer Digitalisierungsbemühungen einschränkt. Enge Datenschutzrichtlinien führen dazu, dass Mitarbeiter/innen nur Informationen einsehen können, die direkt in ihren Kompetenzbereich fallen. Durch diese eingeschränkte Zugangsberechtigung können aber Kundenanfragen z. T. nicht eigenständig von einem/r Mitarbeiter/in beantwortet werden. Außerdem hemmen die mitunter mangelnde Vorbereitung von Digitalisierungsprozessen durch die Führungsebene und die Unsicherheit über die Auswirkung der Digitalisierung eine schnelle und reibungslose Umsetzung. Die fehlende Vorbereitung und der fehlende Kenntnisstand führen dazu, dass Systeme in der Vergangenheit fehlerbehaftet waren.

Inzwischen ist man immer mehr dazu übergegangen, sogenannte Teil-Rollouts für neue Software zu fahren, bei denen neue Systeme in ein bis drei Einheiten getestet werden. Fehler werden in Zusammenarbeit mit den Nutzern/innen korrigiert, bevor die Software in der gesamten BA zum Einsatz kommt. Anders als vermutet spielen dagegen (zu) hohe Kosten oder ein Mangel an sofort passenden IT-Lösungen keine hemmende Rolle für die Digitalisierungsstrategie der BA. Es wird von den Interviewpartner/innen davon ausgegangen, dass die entstehenden Kosten durch Effizienzsteigerungen ausgeglichen werden. Passende IT-Lösungen werden von dem BA-eigenen IT-Systemhaus sowie externen IT-Dienstleistern entwickelt. Große Teile der IT stützen sich auf eine spezifische Softwareanwendung von SAP zur Abwicklung von Geschäftsprozessen.

Die Beschäftigten der BA sind schon seit langem mit dem Thema Digitalisierung konfrontiert und digitale Arbeitsinhalte sind inzwischen Alltag in fast allen Beschäftigungsbereichen. Die Interviewpartner/innen gehen davon aus, dass der Anteil von digitalen Arbeitsinhalten in Zukunft noch weiter zunehmen wird. Damit einher geht ein steigender Schulungsbedarf für digitale Kompetenzen bei den Beschäftigten der BA. Entsprechende Schulungen zur Anwendung neuer Software finden innerhalb der Arbeitszeit statt und werden von den Interviewpartnern/innen als angemessen empfunden, um Beschäftigte auf die neuen Programme vorzubereiten.

Eine Konsequenz aus der Zunahme der Digitalisierung von Prozessen ist der gleichzeitige Verlust von persönlichen Kontakten zu den Kunden/innen. Die BA hat dies erkannt und weist in dem Konzept „Strategie 2025“ darauf hin, dass neben der Forcierung von digitalen Leistungen und digitaler Kommunikation weiterhin persönliche Ansprechpartner/innen den Kunden/innen zur Verfügung stehen müssen. Dies ist neben den Tatsachen, dass nicht alle Kunden/innen über einem Zugang zum Internet verfügen oder generell den persönlichen Kontakt bevorzu-

gen vor allem den Umstand geschuldet, dass die Arbeitsförderung eine stark beratungsintensive Dienstleistung ist. Da die Beratung am Individuum ansetzen soll und komplexe Zusammenhänge berücksichtigen muss, wird nicht davon ausgegangen, dass die Beratungsleistungen zukünftig im großen Umfang digitalisiert werden kann. So gehen die Interviewpartner/innen auch davon aus, dass die Digitalisierungsprozesse in der BA nur in Teilbereichen zu einer Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten führen wird.

Betroffen von Einsparungen und Substitutionseffekten durch Digitalisierung sind vor allem Beschäftigte mit einem hohen Anteil von Sachbearbeitungsaufgaben, da diese besonders leicht im Rahmen der Dunkelverarbeitung digitalisiert werden können. Erste Substitutionseffekte bei Fachkräften für Sachbearbeitung durch Digitalisierung sind bereits feststellbar. Es wird damit gerechnet, dass in Zukunft verstärkt Aufgabenbereiche der Fachassistenzkräfte digitalisiert werden. Die prägenden Tätigkeiten der Fachassistenzkräfte, wie die Erteilung von Auskünften und verschiedene Unterstützungsleistungen der Fachkräfte für Vermittlung, Beratung und Sachbearbeitung, bieten ein breites Digitalisierungspotenzial und es wird erwartet, dass mit der Entwicklung entsprechender Programme der Personalbedarf an Fachassistenzkräften zurückgehen wird. Der Hauptpersonalrat merkt hier allerdings an, dass solche vermeintlichen Substitutionseffekte durch Digitalisierung und Automatisierung erst dann zu einem Abzug von Personal bei der entsprechenden Stelle führen dürften, wenn Effizienzgewinne auch tatsächlich festgestellt werden können. In der Vergangenheit ist es in einigen Bereichen zu einem Personalabbau gekommen, ohne dass die digitalen Anwendungen vollständig funktionsfähig waren. Hinzu kommt, dass interne Berechnung der BA zeigen, dass selbst ein hoher Automatisierungsgrad von 60 Prozent nicht die altersbedingten Abgänge des Personals in der Sachbearbeitung kompensieren würden. Der Automatisierungsanteil in der Sachbearbeitung wird vor dem Hintergrund technischer und rechtlicher Rahmenbedingungen in den nächsten zehn Jahren sogar auf nur 15 Prozent geschätzt. Damit bleibt die Gewinnung von geeignetem Personal weiterhin eine wichtige Aufgabe für die BA.

Durch die Übernahme und Erledigung von Aufgaben durch die IT fallen insbesondere einfach auszuführende Tätigkeiten für die Beschäftigten weg. Insbesondere die Einführung der E-Akte hat dazu geführt, dass Aufgaben, wie das Kopieren oder Sortieren von Blättern und der Transport von Akten wegfallen. Gleichzeitig führte die E-Akte dazu, dass Beschäftigte nun fast ausschließlich vor dem PC sitzen. Hiermit geht eine Zunahme von körperlichen Belastungen einher, die auf eine bewegungsarme Bildschirmarbeit zurückzuführen sind.

Durch die Übernahme einfacher Tätigkeiten von PC-gestützten Assistenzprogrammen verbleiben bei den Mitarbeitern/innen häufig nur noch die komplexen Arbeiten. Damit einher geht eine zunehmende Arbeitsintensivierung. Wie das Beispiel der Probleme bei der Datenselbsteingabe (DSE) zeigt, kann die Digitalisierung auch zu Mehrbelastungen durch Rückfrage und Korrekturbedarf führen.

Der Einfluss der Digitalisierung auf die Autonomie bei der Arbeit wird je nach Ausmaß der Digitalisierung und Standardisierung von Arbeitsprozessen durch Digitalisierung von den Interviewpartnern/innen unterschiedlich bewertet. Während es in der Sachbearbeitung durchaus zu einem Verlust an Autonomie bei der Arbeit kommen kann, wird davon ausgegangen, dass es in Bereichen mit einem weniger ausgeprägten Digitalisierungsgrad zu keiner Einengung der Autonomie bei der Arbeit kommt. So gibt es z. B. in der Beratung kaum eine Standardisierung von Arbeitsprozessen durch Digitalisierung.

Generell wird nicht davon ausgegangen, dass die Assistenzprogramme Fehler bei der Arbeit vermeiden können. Bearbeitungsfehler können nach Meinung der Interviewpartner/innen z. B. weiterhin bei der Eingabe in der Sachbearbeitung entstehen, ohne dass das Programm hier kontrollierend tätig wird.

Die Beschäftigte der BA stehen dem Einsatz digitaler Technologien größtenteils positiv gegenüber. Vor allem wird begrüßt, dass durch Digitalisierung ein mobiles und flexibleres Arbeiten möglich ist. Insbesondere die Telearbeit ist für viele Beschäftigte vor dem Hintergrund einer verbesserten Vereinbarung von Familie und Beruf ein Vorteil der Digitalisierung. Gab es vor einigen Jahren noch eine Kontingentierung von Telearbeitsplätzen, wurde diese inzwischen aufgehoben. Die Tele- und Mobilarbeit ist im Rahmen einer Dienstvereinbarung geregelt.

Der Hauptpersonalrat ist eng in Entscheidungsprozesse zur Digitalisierung eingebunden, kommuniziert den Beschäftigten Digitalisierungsvorhaben und generiert Feedback von Mitarbeitern/innen nach Erprobungsphasen von neuen Technologien (ver.di 2019c). Die Gefahr, dass durch die Digitalisierung Verhaltenskontrollen zunehmen werden, wird von den Interviewpartnern/innen wenig gesehen. Es existieren verschiedene Regelungen, die Führungskräften die Auswertung von digital erfassten Daten im Rahmen von Verhaltenskontrollen verbieten.

3.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der BA

Der Arbeitsmarkt in Deutschland verändert sich und damit auch die Anforderungen an die Beschäftigten der BA. Gesetzliche Neuregelungen für die Vermittlung und Betreuung von Arbeitssuchenden zielen auf eine verstärkte Arbeitsförderung durch die Ausweitung der Anspruchsgruppen, den Ausbau von Beratungsleistungen und individuellem Case Management durch die BA. Für den Auftrag der BA und den in der BA tätigen Personen hat die Neuausrichtung auf den Bereich Beratung verschiedene Konsequenzen. Zum einen wird sich die Zahl der Beschäftigten in diesem Bereich erhöhen. Hiermit einher geht die Umschulung von Personal aus anderen Bereichen der BA, wie z. B. der Sachbearbeitung. Zum anderen lässt sich der Bereich der Beratung nicht dem sonst gültigen Trend der Digitalisierung unterwerfen. Eine persönliche Kommunikation mit den Kunden/innen muss auch in Zukunft flächendeckend in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern angeboten und ausgebaut werden.

Zwar sind die Auswirkungen der Corona-Krise nicht Forschungsgegenstand dieser Branchenstudie, trotzdem muss drauf hingewiesen werden, dass die arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen der Krise auf die BA und ihre Beschäftigten massiv sind. Im April 2020 haben über 751.000 Betriebe binnen weniger Wochen Kurzarbeit angemeldet. Laut BA sind über 10 Millionen Beschäftigte von Kurzarbeit betroffen. Hinzu kommen die finanziellen Auswirkungen von Kurzarbeit und dem Rückgang der Wirtschaftstätigkeiten. Insgesamt wird mit einem starken Rückgang der Rücklage gerechnet.

Die Geschäftsstrategie der BA ist stärker als andere Bereiche der Sozialversicherung von Managementmethoden geprägt, die auch in der Privatwirtschaft zum Einsatz kommen. Hierzu gehören neben einer umfassenden Digitalisierungsstrategie, ausgebaute Controllingssysteme, fortwährende Organisationsveränderungen und Umstrukturierungsprozesse sowie Anpassung des Beschäftigungsniveaus. Die Ausrichtung der BA an einer stärkeren Marktorientierung wurde auf Seiten der Politik viele Jahre aktiv verfolgt. Durch die drittelparitätlich besetzten Selbstverwaltungsorgane der BA laufen diese Prozesse jedoch (sozial-)verträglicher für die in der BA beschäftigten Personen ab, als dies in der Privatwirtschaft häufig der Fall ist.

Nichtsdestotrotz weisen die Ergebnisse unserer Interviews darauf hin, dass auch in der BA eine Reihe von kritischen Arbeitsbedingungen existieren. Hierunter fällt insbesondere der zeitweilig weitreichende Perso-

nalabbau, der in Teilen bereits zu Personallücken und einer hohen Auslastung des verbleibenden Personals führt. Gleichzeitig sind die emotionalen Arbeitsanforderungen an die Beschäftigten der BA hoch, die sich aus dem Umgang mit Kunden ergeben, die sich durch ihre Erwerbslosigkeit in einer besonders problematischen Lebenslage befinden.

Die Digitalisierungsbestrebungen in der BA sind weit vorangeschritten. Die E-Akte hat Einzug erhalten. Es existieren verschiedene Assistenzprogramme und einfachere Arbeitsschritte werden im Rahmen der Dunkelverarbeitung automatisch ausgeführt. Die Digitalisierungsprozesse werden von den Beschäftigten größtenteils positiv aufgefasst. Insbesondere wird die damit verbundene Möglichkeit zur Telearbeit begrüßt. Dennoch zeigen sich auch negative Konsequenzen aus der Digitalisierung. So führt der Wegfall einfach auszuführender Tätigkeiten dazu, dass bei den Mitarbeitern/innen häufig nur noch die komplexen Arbeiten verbleiben und eine zunehmende Arbeitsverdichtung Folge ist. Gleichzeitig bringt die Digitalisierung von Sachbearbeitungsaufgaben mit sich, dass Teile der Beschäftigten zunehmend eine stark bewegungsarme Bildschirmarbeit erledigen mit entsprechenden Belastungen für die Gesundheit.

Substitutionseffekte durch Digitalisierung werden vor allem bei Beschäftigten mit einem hohen Anteil von Sachbearbeitungsaufgaben oder einfacheren Hilfstätigkeiten erwartet. Durch die Überalterung der Beschäftigten der BA und dem absehbaren Ausscheiden vieler Mitarbeiter/innen durch Eintritt in das Rentenalter wird jedoch nicht erwartet, dass die Substitutionseffekte durch Digitalisierung zur Entlassung von großen Teilen der Beschäftigten der BA führen. Vielmehr soll die Digitalisierung dazu dienen, den Personalbedarf in Zeiten zu mindern, in denen durch den demographischen Wandel Fachkräfte nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung stehen.

Insgesamt schätzen viele Beschäftigte der BA ihre Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen als gut ein. Die Entlohnung, für den der Tarifvertrag der BA die Grundlage stellt, wird als fair und angemessen beurteilt. Die Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten werden ebenfalls als gut eingeschätzt.

4. Kranken- und Pflegekassen als Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

4.1 Leistungen und Tätigkeiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Ihren Ursprung hat sie in dem von Otto von Bismarck eingeführten „Gesetz, betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ aus dem Jahr 1883. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern verschiedene Krankenkassen. Die gesetzliche Krankenversicherung untergliedert sich in Primär- und Ersatzkassen. Unter die Primär- und Ersatzkassen fallen u. a. allgemeine Ortskrankenkassen (fortan AOKen), Betriebskrankenkassen (fortan BKKen) und Innungskrankenkassen (fortan IKKen), die landwirtschaftliche Krankenkasse (fortan LKK), die KBS sowie verschiedene Ersatzkassen.

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung steigt der Anteil der pflegebedürftigen Menschen und damit die dafür benötigten unterstützenden Leistungen. Daher wurde 1995 mit dem Elften Buch der Sozialgesetzgebung (SGB XI) die soziale Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Sie ersetzt in Teilen Leistungen, die zuvor durch die Sozialhilfe und die Krankenversicherungen (Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit) übernommen wurden, der Umfang der Leistungen ging und geht jedoch darüber hinaus. Konstruiert wurde die Pflegeversicherung nach der Logik „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Damit existiert zu jedem Träger einer gesetzlichen Krankenversicherung parallel ein Träger der sozialen Pflegeversicherung, der für die Erfüllung der Leistungen zuständig ist. Diese sind aber jeweils „ihrer“ Krankenkasse zugeordnet, d. h. die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung werden von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen und der Arbeitgeber der Beschäftigten der Pflegekassen sind die Krankenkassen (§ 46 SGB XI).

Die private Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht Gegenstand dieser Branchenstudie und wird nur am Rande betrachtet.

Die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Krankenkassen sind im SGB V aufgeführt. Laut § 1 SGB V sind die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und

wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern und die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die volle oder teilweise Kostenerstattung bei einer Erkrankung, nach Unfällen oder für die Gesundheitsförderung und Prävention. Die bedeutendsten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind untenstehend zusammengefasst.

Leistungen der Krankenversicherung (Auszug)

- Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung (ambulant und stationär)
- Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln
- Krankengeld, Betriebshilfe für Landwirte
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
- Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch

Unter den Leistungen der Krankenversicherung fallen demnach auch eine Reihe von versicherungsfremden Leistungen. Hierzu gehören insbesondere Leistungen bei Mutterschaft und Empfängnisverhütung sowie Haushaltshilfen.

Die gesetzliche Grundlage der sozialen Pflegeversicherung ist das SGB XI. Pflegekassen übernehmen Kosten von Pflegesachleistungen und Pflegedienstleistungen. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob ambulante oder stationäre Pflege in Anspruch genommen wird. Die Pflegeversicherung wurde als sogenannte „Teilkostenversicherung“ konzipiert, je nach Leistungen kann es sein, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der entstehenden Kosten übernimmt.

Die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Pflegekassen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen jedoch selbst.

Leistungen der Pflegeversicherung (Auszug)

- Kurzzeitpflege und häusliche Pflege
- Pflege, Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- individuelle Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegenden
- Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- finanzielle Entlastungsbeträge für Pflegenden

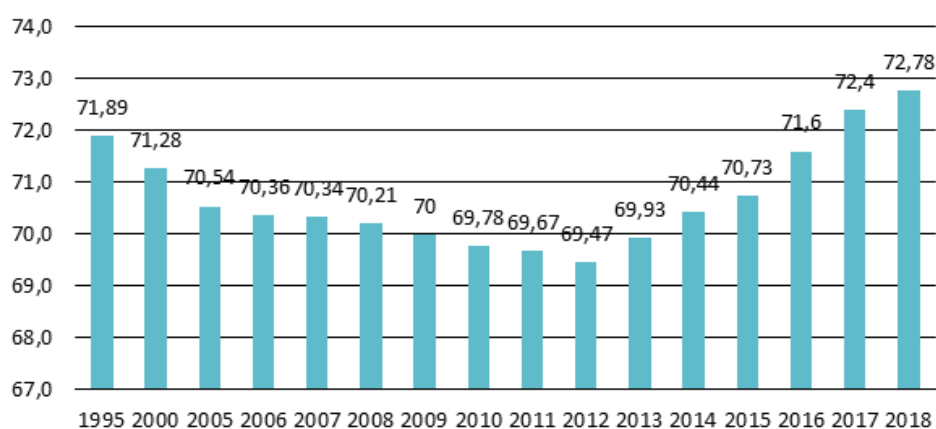
Seit dem Jahr 2007 besteht eine Versicherungspflicht für alle Einwohner/innen in Deutschland sich zur Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu versichern. Dementsprechend haben die Krankenkassen eine Aufnahmepflicht für alle Personengruppen. Der versicherungspflichtige Personenkreis in der sozialen Pflegeversicherung ist mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung identisch. Versichert in der Pflegeversicherung sind automatisch alle Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kann man als Pflichtversicherte/r, freiwillig Versicherte/r und durch beitragsfreie Mitversicherung im Rahmen der Familienversicherung angehören. Zu den Pflichtversicherten zählen abhängig Beschäftigte (deren Einkommen unterhalb einer Beitragsbemessungsgrenze liegt), Auszubildende, Arbeitslose, Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II, Landwirte/innen, Künstler/innen, Studierende und Rentner/innen, sofern diese zwei Drittel ihres Berufslebens pflichtversichert waren. Durch eine Familienversicherung werden nicht berufstätige Ehegatten/innen, Lebenspartner/innen und Kinder beitragsfrei mitversichert. Zum Versichertenkreis der freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gehören abhängig Beschäftigte, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Die Versicherungspflichtgrenze lag im Jahr 2019 bei 54.450 Euro bzw. 4.537,50 Euro monatlich. Außerdem sind Selbständige und Beamte/innen freiwillig versichert. Beamte unterliegen nicht einer Versicherungspflicht, da sie über ein eigenständiges beamtenrechtliches Krankenfürsorgesystem abgesichert sind. Sie erhalten für sich und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen von ihrem Dienstherrn sogenannte Beihilfe zu den Kosten der Krankenbehandlung.

Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen versichern 88 Prozent der Einwohner/innen Deutschlands. Auf die privaten Kranken- und Pflege-

versicherungen entfällt ein Anteil von elf Prozent.¹¹ Die Versichertenentwicklung ist von einem zuletzt deutlichen Anstieg zu Gunsten der bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen versicherten Personen gekennzeichnet, nachdem zuvor ein stetiger Rückgang festzustellen war.

Im Jahr 2018 waren 72,78 Millionen Personen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert. In der Vergangenheit hat sich die Zahl der Versicherten nicht kontinuierlich entwickelt. Allerdings ist ihre Zahl seit dem Jahr 2011 (69,64 Millionen) um rund vier Prozent angestiegen.

Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Versicherten (einschließlich Rentner/innen, in Millionen)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019a, S. 19)

Gründe der Zunahme liegen neben den Wechsel aus der privaten Kranken- und Pflegeversicherung u. a. bei Zuwanderung, ansteigenden Geburtenraten und Versicherung vormals nicht versicherter Personen (Schreyögg, Busse 2017, S. 27).

Von den im Jahr 2018 72,78 Millionen versicherten Personen waren 56,7 Millionen Mitglieder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der Rest setzt sich aus Mitversicherten zusammen. 60 Prozent der Mitglieder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind Pflichtmitglieder und elf Prozent freiwillige Mitglieder. Der restliche Anteil entfällt auf Rentner/innen. Die Verteilung der Mitglieder auf die Kassenarten gestaltet sich recht ähnlich zu der Verteilung der Versicherten insgesamt.

¹¹ Der restliche Anteil setzt sich u. a. zusammen aus Einwohnern/innen in der freien Heilfürsorge der Polizei und Bundeswehr und nicht krankenversicherten Personen.

Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bilden eine Solidar- oder Risikogemeinschaft, in der die einzelnen Mitglieder Beiträge leisten, die zwar je nach Einkommenshöhe variieren, aber risikounabhängig geleistet werden. Es gibt keine Risikoprüfung und keinen Ausschluss von Personen oder Risiken. Risikofaktoren, wie Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht oder Familienstand der Einzelnen, bleiben bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt und Leistungen werden nach dem individuellen medizinischen Bedarf geleistet. Allerdings kann von dieser Reinform abgewichen werden, so existieren Möglichkeiten einer ergänzenden privaten Zusatzversicherung, Selbstbehalt-Tarife und Zuzahlungen (Kumpmann 2012). In der privaten Kranken- und Pflegeversicherung existiert dagegen kein Solidarausgleich.

4.2 Die Organisation der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Die Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind selbständige Kranken- und Pflegekassen, die rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Bei ihrer Aufgabe staatliches Sozialrecht auszuführen, unterliegen sie einer umfassenden staatlichen Aufsicht. So bedarf beispielsweise die Gründung, Vereinigung oder Schließung von Krankenkassen (einschließlich Pflegekassen) der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Auch die Satzung und der Haushalt muss zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Aufsicht übernehmen dabei verschiedene Behörden. Während die bundesweit geöffneten Kassen, wie die Ersatzkassen und KBS, vom Bundesversicherungsamt kontrolliert werden, unterstehen regionale Kassen, deren Zuständigkeitsbereich sich nicht über das Gebiet eines Bundeslandes hinaus erstreckt – wie z. B. Ortskrankenkassen, verschiedene Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen – in der Regel dem Sozialministerium, Arbeitsministerium oder entsprechende Senatsbehörde der Länder. Die Ergebnisse der Interviews weisen darauf hin, dass die Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt im Laufe der Jahre immer restriktiver erfolgt ist und z. B. Satzungsänderungen schwieriger durchsetzbar sind.

Das SGB V gibt die Gliederung von Krankenkassen vor. Die verschiedenen Arten von gesetzlichen Krankenkassen sind historisch bedingt und gehen auf verschiedene Ausrichtungen nach abgegrenzten Regionen, Berufsständen und Branchen zurück. Die Zuständigkeiten der Krankenkassen und die Kassenwahlfreiheit von Versicherten sind jedoch im Laufe der Zeit ausgeweitet worden und bei fast allen Krankenkassen besteht die Möglichkeit mit Kassen anderer Arten zu fusionieren.

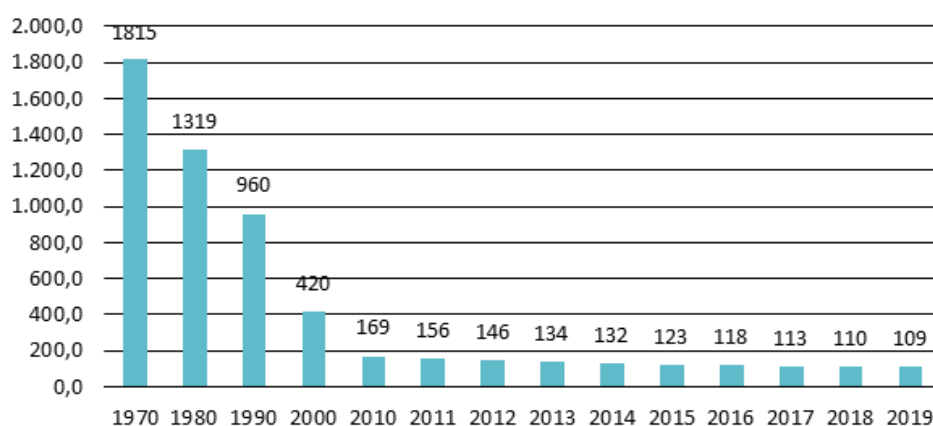
Existierten früher AOK auf Ebene von Kreisen oder kreisfreien Städten, sind sie heute auf Ebene von einem Bundesland oder mehreren Bundesländern angesiedelt. BKK können vom Arbeitgeber unter bestimmten Voraussetzungen für einen oder mehrere Betriebe errichtet werden (z. B. mindestens 1.000 Versicherungspflichtige). Allerdings sind inzwischen viele BKK dazu übergegangen, ein allgemeines Wahlrecht anzubieten und nicht mehr nur für die im Betrieb beschäftigten Personen zuständig. IKKen können durch Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder unter ähnlichen Voraussetzungen wie für die BKK errichtet werden. Auch hier haben sich IKKen im Laufe der Jahre regional zusammengeschlossen und sich für Mitglieder außerhalb bestimmter Handwerksbetriebe geöffnet. Die LKK versichert u. a. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft, der Teichwirtschaft und Fischzucht und deren mitarbeitende Familienangehörige. Sie nimmt eine gewisse Sonderstellung bei den Krankenkassen ein und ist in den Gesetzen über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) geregelt. Hier Versicherte haben keine freie Wahl der Kranken- und Pflegekasse und der LKK ist es durch ihre besonderen Bedingungen auch nicht erlaubt, sich für andere Versicherungspflichtige zu öffnen. Die Leistungen der LKK sind im großen Teil identisch mit denen anderer Kranken- und Pflegekassen, allerdings berücksichtigt sie auch die Besonderheiten der Landwirtschaft. So gibt es z. B. im Krankheitsfall kein Krankengeld, sondern eine Betriebshilfe, die den landwirtschaftlichen Betrieb aufrechterhält. Unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung existiert die KBS. Sie geht aus der knappschaftlichen Krankenversicherung, der Krankenversicherung für die Deutsche Bahn und die Krankenversicherung für Seeleute hervor. Inzwischen ist die KBS allerdings für alle Versicherungspflichtige unabhängig der Branchenzugehörigkeit offen. Ersatzkassen konnten bereits vor Umsetzung der Kassenwahlfreiheit unter bestimmten Voraussetzungen Pflichtversicherte „ersatzweise“ und anstelle der Pflichtversicherung in einer der übrigen gesetzlichen Krankenkassen aufnehmen. Voraussetzung war z. B. eine bestimmte Stellung im Beruf oder Tätigkeit. So waren die Ersatzkassen z. B. in Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkasse unterteilt. Inzwischen sind die Ersatzkassen für alle versicherungspflichtige geöffnet.

Im Jahr 2019 gab es 109 selbstständige gesetzliche Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Rein zahlenmäßig fallen die BKKen am stärksten ins Gewicht, auf sie entfallen 84 Kassen. Ungefähr zu je einem Drittel handelt es sich dabei um BKKen, die für alle Versicherungspflichtigen bundesweit bzw. regional offen sind oder nur für Beschäftigter entsprechender Betriebe geöffnet sind. Auf die AOKen entfallen elf Kassen. Alle AOKen sind regional, aber nicht bundesweit geöffnet. Ersatzkassen

und IKKen setzen sich aus jeweils sechs Kassen zusammen. Drei der sechs IKKen sind bundesweit geöffnet. Darüber hinaus existiert jeweils eine LKK und eine KBS.

Die Zahl der Kranken- und Pflegekassen ist in den letzten Jahrzehnten trotz der Ausweitung des versicherten Personenkreises vor allem durch Zusammenschlüsse kontinuierlich zurückgegangen. Gab es im Jahr 1970 noch 1.815 Kassen, schrumpfte ihre Anzahl zum Jahr 1995 auf 960, ging bis 2010 auf 169 zurück und lag im Jahr 2019 schließlich bei 109.

Abbildung 10: Entwicklung der Anzahl der Krankenkassen, 1970–2019



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019a, S. 19)

Durch länderübergreifende Fusionen ist in den letzten Jahren insbesondere die Zahl der landesunmittelbaren Krankenkassen zurückgegangen und die der bundesunmittelbaren angestiegen. Die Möglichkeit von Fusionen wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahr 2007 deutlich erweitert. War es vor 2007 nur möglich, mit Kassen der eigenen Kas senart zu fusionieren, ermöglichte das Gesetz kassenartenübergreifende Fusionen. Der weitaus größte Teil von Fusionen entspricht freiwilligen Vereinigungen. Allerdings kommt es mitunter auch zu sogenannten Rettungsfusionen, wenn Kranken- und Pflegekassen in eine wirtschaftliche Notlage geraten und dadurch eine Vereinigung mit einer anderen Kasse notwendig wird. Der DGB weist darauf hin, dass im Falle von Schließung oder Fusionen von Kassen, die Anliegen von betroffenen Beschäftigten stärker berücksichtigt werden müssen. So müssen für quasi unkündbare DO-Angestellte statt bloße Vermittlungsbemühungen „echte Unterbringungsangebote“ erfolgen (Deutscher Gewerkschafts-

bund 2019, S. 10). Bei den anderen Beschäftigten müssen zumindest die üblichen Kündigungsfristen greifen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2007 wurden auch die Organisationsstrukturen im Bereich der Krankenkassen erheblich verändert. Existierten vor Inkrafttreten des Gesetzes Bundes- und Landesverbände für die einzelnen Kassenarten mit Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft, haben die Verbände nach Inkrafttreten des Gesetzes diesen Status verloren und Koordinations- und Steuerungsfunktionen eingebüßt. Zwar existieren weiterhin für AOKen, BKKen und IKKen auf Landesebene Landesverbände und verschiedene Dachorganisationen, wie der AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e. V. und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), diese sind jedoch nun privatrechtliche Organisationen und führen keinen gesetzlichen Auftrag (mehr) aus. Es obliegt es den Mitgliedskassen welche Aufgaben sie dem Verband übertragen. Meistens fallen hierunter Verträge und Verhandlungen mit den Leistungserbringern über Kosten, Art und Umfang der Versorgung der Versicherten und die Klärung von (rechtlichen) Streitfragen. Außerdem vertreten die Verbände die Interessen der jeweiligen Kassenart über dem Bund und insbesondere dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesversicherungsamt.

Alternativ zur Struktur von Bundes- und Landesverbänden wurde durch das Gesetz der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (fortan GKV-Spitzenverband) gegründet, der eine Körperschaft des öffentlichen Rechts darstellt und alle Krankenkassen – unabhängig ihrer Krankenkassenart – gemeinsam vertritt. Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen. Zu den Aufgaben des Spitzenverbandes gehören insbesondere die Klärung von Fach- und Rechtsfragen, Rahmensetzungen zum Wettbewerb zwischen den Kassen sowie Bestimmungen zur Qualität von Leistungen und Vergütungen für die medizinische Versorgung bei den Leistungserbringern. Ferner hat der GKV-Spitzenverband eine beratende Funktion bei Gesetzen, Rechtsordnungen und Richtlinien. Die Bildung eines gemeinsamen Spitzenverbandes wurde mit der Beschleunigung von Prozessen insbesondere im Hinblick auf ein nachhaltiges, wettbewerbs- und leistungsfähiges System begründet (Pfeiffer 2009).

Die Selbstverwaltungsorgane der Kranken- und Pflegekassen

Als Körperschaften des öffentlichen Rechtes verfügen die Krankenkassen über eine Selbstverwaltung (Baumeister et al. 2013; Quasdorf 2014; Schreyögg/Busse 2017). Die Pflegekassen sind zwar ebenfalls selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit Selbstverwaltung,

die Selbstverwaltungsorgane der Pflegekassen sind jedoch die Organe der Krankenkassen.

Bei den AOKen, BKKen, IKKen und Ersatzkassen existiert neben einem hauptamtlichen Vorstand ein Verwaltungsrat. Bei den anderen Kassenarten gibt es eine Vertreterversammlung und einen Vorstand. Der Verwaltungsrat und die Vertreterversammlung setzen sich in der Regel aus Versicherten und Arbeitgebern zusammen und sind paritätisch besetzt. Eine Ausnahme bildet der Verwaltungsrat der Ersatzkassen, dieser wird nur von Vertretern der Versicherten gebildet. Bei einer Reihe von Krankenkassen entspricht die Anzahl der aufgestellten Kandidaten/innen genau der Anzahl der zu besetzenden Sitze im Verwaltungsrat. In diesem Fall wird von sog. Friedenswahlen gesprochen.

Auch im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung haben Gesetzesänderungen dazu geführt, dass die Selbstverwaltung an Einfluss verloren hat. Zunächst hat das Gesundheitsstrukturgesetz (Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung) von 1992 dazu geführt, dass Selbstverwaltungsstrukturen auf verschiedenen Ebenen einer Organisation reduziert worden und Entscheidungsbefugnisse über das operative Geschäft von dem Verwaltungsrat bzw. der Vertreterversammlung auf den Vorstand übertragen worden sind. Des Weiteren konnten Verwaltungsrat und Vertreterversammlung einer Kasse bis zum Jahr 2009 ihren Beitragssatz noch selbst bestimmen. Seither legt jedoch das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung einen einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen fest. In der sozialen Pflegeversicherung wurde bereits seit der Einführung 1995 ein einheitlicher Beitragssatz festgelegt und die folgenden gesetzlichen Anpassungen des Satzes (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Pflegestärkungsgesetze) galten und gelten ebenfalls für alle Pflegekassen einheitlich. Entscheidungsbefugnisse, über die Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen weiterhin befinden, sind Beschlussfassungen über Satzungen und Haushalt, Festsetzung von Zusatzbeiträgen und Mehrleistungen, Fusionen oder Auflösung der Kranken- und Pflegekasse. Außerdem überwachen sie den Vorstand. Darüber hinaus sitzen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in den Widerspruchsausschüssen. Themen, die in vielen Selbstverwaltungen zurzeit aktuell sind, sind neben Mehrleistungen und Erhebung und Höhe von Zusatzbeiträgen, Investitionen und Digitalisierungsstrategien.

Der Vorstand hat die Aufgabe das operative Geschäft zu leiten. Er entscheidet auch über die Anlage von Vermögen. Außerdem vertritt er die Kranken- und Pflegekasse gerichtlich und außergerichtlich.

Auch der GKV-Spitzenverband verfügt über ein Selbstverwaltungsorgan. Hier wählt die Mitgliederversammlung, die sich paritätisch aus De-

legierten der Arbeitgeber und der Versicherten der Dachorganisationen aller Kranken- und Pflegekassen zusammensetzt, einen ebenfalls paritätisch besetzten Verwaltungsrat in dem die unterschiedlichen Kassenarten nach einer bestimmten Proportion vertreten sind. Aufgabe des Verwaltungsrates ist es, die Satzung und sonstiges Recht des GKV-Spitzenverbandes zu beschließen. Weiterhin trifft er Entscheidungen zu gesundheits-, pflege- und sozialpolitischen Grundsatzfragen, zur Versorgungsentwicklung und zum Vertragswesen. Zur Unterstützung bei Entscheidungen zur Beratung werden Fachausschüsse gebildet. Fachausschüsse bestehen aktuell u. a. zu den Themenfeldern Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Organisation und Finanzen aber auch Digitalisierung und Innovation.

Im Zuge des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes neu geordnet. Dem Verwaltungsrat wurde ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss mit zehn hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen zur Seite gestellt. Der Ausschuss soll eine engere Anbindung des Spitzenverbandes an das operative Geschäft der Krankenkassen gewährleisten.

Erste Gesetzesvorschläge sahen ursprünglich auch vor, dass der Verwaltungsrat aus Vorstandsmitgliedern der Kassen konstituiert wird und sich somit nicht mehr aus den gewählten ehrenamtlichen Vertretern/innen der Verwaltungsräte der Krankenkasse zusammensetzt. Der DGB sah in dem Vorschlag ein Versuch zur Zerschlagung der Selbstverwaltungsstrukturen, eine Entmachtung der Versicherten und die Aufkündigung der sozialen Mitbestimmung (DGB 2019). Aber auch in der Einrichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses wird von ver.di sowie des Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes ein Vorgehen gesehen, die soziale Selbstverwaltung zu entwerten (ver.di 2019e; Klemens 2019). Denn durch die Einrichtung des Ausschusses wird „eine hauptamtliche Parallelstruktur eingerichtet [...], die den Verwaltungsrat als sozialpolitische Korrektiv in eine Aufgabenkonkurrenz mit den Kassenvorständen bringt“ (ver.di 2019e, S. 9).

4.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist komplex und unterliegt einem ständigen Wandel. Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Finanzierung werden neben dem SGB V durch das Haushalts-

recht der Sozialversicherung nach SGB IV sowie verschiedener weiterer Rechtsverordnungen gesetzt.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt größtenteils über Beiträge, die jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und Mitgliedern getragen werden. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen (Arbeitsentgelte und Rentenzahlbeträge) erhoben. Im Jahr 2019 lag der allgemeine Beitragssatz bei 14,6 Prozent. Damit ist der Beitragssatz zwar niedriger als noch vor fünf Jahren (15,4 Prozent), aber höher als zu Beginn der 2010er Jahre (13,6 Prozent). Bei den Beamten/innen stellt die Beihilfe ein Äquivalent für den Arbeitgeberbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.¹²

Eine weitere Finanzierungssäule der gesetzlichen Krankenversicherung sind Zusatzbeiträge. Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihren Haushalt auszugleichen. Zusatzbeiträge werden erhoben, wenn die Einnahmen durch die Beiträge nicht zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben der Kasse ausreichen. Da die jetzige Finanzstruktur so angelegt ist, dass nur ungefähr 95 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen gedeckt sind, erheben alle Krankenkassen einen Zusatzbetrag. Über die konkrete Höhe der Zusatzbeiträge, um den Haushaltsausgleich zu bewerkstelligen, entscheiden die einzelnen Krankenkassen. Krankenkassen, deren Finanzreserven eine Monatsausgabe übersteigen, dürfen jedoch ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben. Für den Zusatzbeitrag gibt es einen Richtwert, der vom Bundesgesundheitsministerium jedes Jahr für das Folgejahr veröffentlicht wird. Dieser sogenannte durchschnittliche Zusatzbeitrag wird unter Berücksichtigung der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung kalkuliert. Im Jahr 2019 lag der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassenmitglieder (2018: 1,0 Prozent). Vor dem Hintergrund der Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wird der Richtwert zum Januar 2020 auf 1,1 Prozent angehoben. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist jedoch nur ein Richtwert und bildet nicht den tatsächlichen Durchschnitt aller kassenindividuellen Zusatzbeiträge ab. Diese lagen je nach Kasse im Jahr 2019 bei zwischen 0,2 Prozent und 1,7 Prozent. Für 2020 wird davon ausgegangen, dass

12 Die Beiträge der LKK weichen von denen anderer Kassenarten leicht ab: Hier werden die Beiträge nicht nach dem Einkommen, sondern auf Grundlage verschiedener Beitragsklasse nach dem Wirtschaftswert des landwirtschaftlichen Unternehmens erhoben.

sich der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 1,35 Prozent belaufen wird und in 2021 auf rund 1,6 Prozent ansteigen dürfte.

Seit dem Jahr 2019 wird der Zusatzbeitrag in gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmer/innen oder Rentenversicherung und Rentner/innen finanziert. Zuvor mussten Arbeitnehmer/innen oder Rentner/innen den Zusatzbeitrag allein tragen.

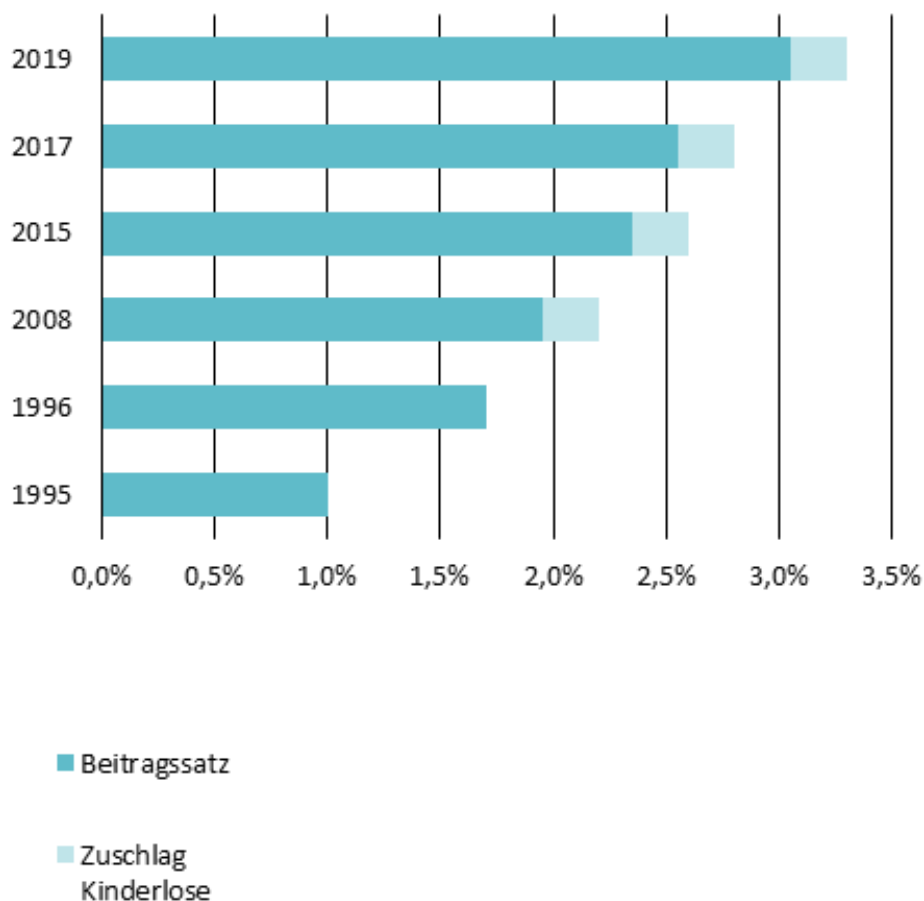
Die dritte Finanzierungssäule der gesetzlichen Krankenversicherung bildet ein Bundeszuschuss, der aus Steuermitteln finanziert wird, und zunächst die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen abdeckte. Im Jahr 2004 wurde darüber hinaus erstmals ein weiterer Bundeszuschuss zur finanziellen Stützung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und in den Folgejahren mehrfach erhöht. Der Bundeszuschuss soll vor allem konjunkturbedingte Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kompensieren. Trotz der mehrfachen Anhebung des Bundeszuschusses liegt der aus Steuern stammende Finanzierungsanteil der gesetzlichen Krankenversicherung bisher deutlich unter zehn Prozent; im Jahr 2018 betrug er sechs Prozent (14,50 Milliarden Euro).¹³

Auch die Pflegeversicherung wird durch paritätische Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert.¹⁴ Im Gegensatz zu den Krankenversicherungen wird bereits seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz erhoben. Bei Einführung der Versicherung lag er bei einem Prozent (mit einer bereits verankerten Erhöhung auf 1,7 Prozent im Folgejahr) und wurde durch die steigende Zahl der Pflegebedürftigen und die Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung beständig angehoben (vgl. Abbildung 11). Seit 2019 liegt er bei 3,05 Prozent. Zusätzlich wird von kinderlosen Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, ein um 0,25 Prozent erhöhter Beitragssatz zur Pflegeversicherung erhoben (so genannter Beitragszuschlag für Kinderlose).

13 Die LKK nimmt auch in Hinblick auf den Bundeszuschuss eine Sonderstellung ein. Durch den Strukturwandel in der Landwirtschaft mit einer abnehmenden Anzahl aktiver Landwirte/innen und einer steigenden Zahl von Landwirten/innen im Ruhestand wurde für die Landwirtschaft ein separates Finanzierungssystem geschaffen, das durch regelmäßige Bundeszuschüsse unterstützt wird.

14 Zur Kompensation der Belastung der Arbeitgeber wurde durch die Länder der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag gestrichen (der stets auf einen Werktag fällt). Da in Sachsen kein Feiertag gestrichen wurde, zahlen die Arbeitnehmer/innen einen erhöhten Anteil am Beitragssatz und die Werte weichen von den genannten ab.

Abbildung 11: Entwicklung Beitragssatz der Pflegeversicherung seit 1995, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Steffen (2019, S. 75–81)

Für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung sind dieselben Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend und es gelten dieselben Beitragsbemessungsgrenzen.

Durch die Zuordnung der Pflegekassen zu den Krankenkassen werden die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen durch die Pflegeversicherung entstehen, erstattet. Sie werden von den Pflegekassen in Höhe von 3,2 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkassen weitergereicht und nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand auf die Krankenkassen verteilt. Korrigiert wird dabei u. a. um die Kosten der Pflegeberatung und die bereits übernommene Hälfte der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Ebenfalls nicht mit aufgenommen werden die Beitragseinnahmen,

die durch den Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung anfallen. Dieser wurde 2015 mit dem „Ersten Pflegestärkungsgesetz“ als ein Sondervermögen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ eingerichtet. Vor dem Hintergrund eines erwarteten deutlichen Anstiegs pflegebedürftiger Menschen nach 2035 durch geburtenstarke Jahrgänge soll der Fonds einer langfristigen Stabilisierung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung dienen. Dafür werden dem Fonds bis einschließlich 2033 jährlich 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (des Vorjahres) der sozialen Pflegeversicherung zugeführt (Steffen 2019, Moos/Brüggemann 2017). Die Verwaltung und Anlage der Mittel des Sondervermögens wurden der Deutschen Bundesbank übertragen. Ab 2035 können die Mittel zweckgebunden und – solange notwendige Zahlungen nicht auf Leistungsverbesserungen beruhen – verwendet werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden.

Im Hinblick auf die Krankenversicherung bilden die Beiträge sowie Zusatzbeiträge von Mitgliedern und Arbeitgebern oder Rentenversicherung sowie der Bundeszuschuss bilden den sogenannten Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds wurde im Jahr 2009 gegründet und geht auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus 2007 zurück. Der Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet.¹⁵ Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale je Versicherte/n sowie Zuschläge im Rahmen des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA). Die Höhe der Zuweisungen aus den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird anhand standardisierter Ausgabenwerte ermittelt. Dies bedeutet, dass sowohl die tatsächliche Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse als auch die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten für die Höhe der Zuweisungen irrelevant sind.

Ein Vorläufer des Risikostrukturausgleichs wurde bereits mit Einführung der freien Krankenkassenwahl im Jahr 1992 zum Ausgleich von Wettbewerbsnachteilen bei ungünstigen Mitgliederstrukturen eingerichtet. Im Rahmen des Risikostrukturausgleiches sollen im Idealfall jeder Krankenkasse genau die Einnahmen zur Verfügung, die die Krankenkasse an Ausgaben für einen Versicherten ausgegeben hat. Allerdings orientierte sich die frühere Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs nur an Geschlechts- und Altersverteilung (auch sogenannter Rentnerfinanzausgleich) und erst mit Einführung des Gesundheitsfonds wurden morbiditätsorientierte Zahlungen, die das Risiko Krankheit stärker berücksichtigen, geleistet. Trotzdem stand der Risikostrukturausgleich ins-

¹⁵ Die LKK ist nicht Teil des Gesundheitsfonds.

besondere bei den Ersatzkassen aber auch bei BKKen und IKKen in der Kritik. Ihrer Meinung nach kam es zu Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der AOKen, der sich z. B. an der Überzahlungen der Kosten der AOKen und Unterdeckung der Kosten anderen Kassenarten zeigt. Im Jahr 2018 lag die Überdeckung bei den AOKen bei 1,6 Milliarden Euro, während andere Kassen sich mit starker Unterdeckung und in der Folge der Erhebung überdurchschnittlicher Zusatzbeiträge auseinandersetzen mussten. So weisen BKK, IKK und Ersatzkassen zunehmend negative Deckungsquoten auf. Die Unterdeckung bei den Ersatzkassen lag 2018 bei 1,07 Millionen Euro. Diese Unterschiede waren nicht allein durch Effizienz bzw. Ineffizienz in einer Krankenkasse zu erklären. Häufig führten regionalspezifische Versorgungs- und Vergütungskriterien dazu, dass einige AOKen über besonders günstige Ausgabenstrukturen verfügen. AOKen müssen, da sie eigenständig sind und auf regionaler Ebene agieren, anders als die Ersatzkassen, keinen deutschlandweiten Ausgleich des Kassenhaushaltes durchführen. So profitierten einige AOKen z. B. besonders in Regionen, wo Personen seltener krank sind oder Gesundheitsleistungen kostengünstiger sind (Bundesversicherungsamt 2018). Zum Januar 2020 wurde der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich durch das Gesetz für einen fairen Wettbewerb reformiert. Der Risikostrukturausgleich sieht nun eine Regionalkomponente vor, die regionale Merkmale, wie die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten, berücksichtigt. Außerdem wurden die bis dahin berücksichtigungsfähigen 80 Krankheiten auf das gesamte Krankheitsspektrum ausgeweitet (sogenanntes Krankheits-Vollmodell). Ergänzend zum Risikostrukturausgleich sieht das Gesetz vor, dass die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise über einen Risikopool ausgeglichen werden.

Auch die Haftungsregelungen wurden durch das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ verändert. Während zuvor eine vorrangige Haftungsverpflichtung von Krankenkassen derselben Krankenkassenart galt, änderte das Gesetz diese Regelung dahingehend, dass alle Kassen auf Basis eines einheitlichen Verteilungsschlüssels die entstehenden Kosten aus Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse tragen müssen. ver.di merkt hierzu an, dass die Änderung der Haftungsverpflichtung erhebliche Risiken mit sich bringt und die Gefahr einer finanziellen Schieflage im Haftungsfall steigt (ver.di 2019e).

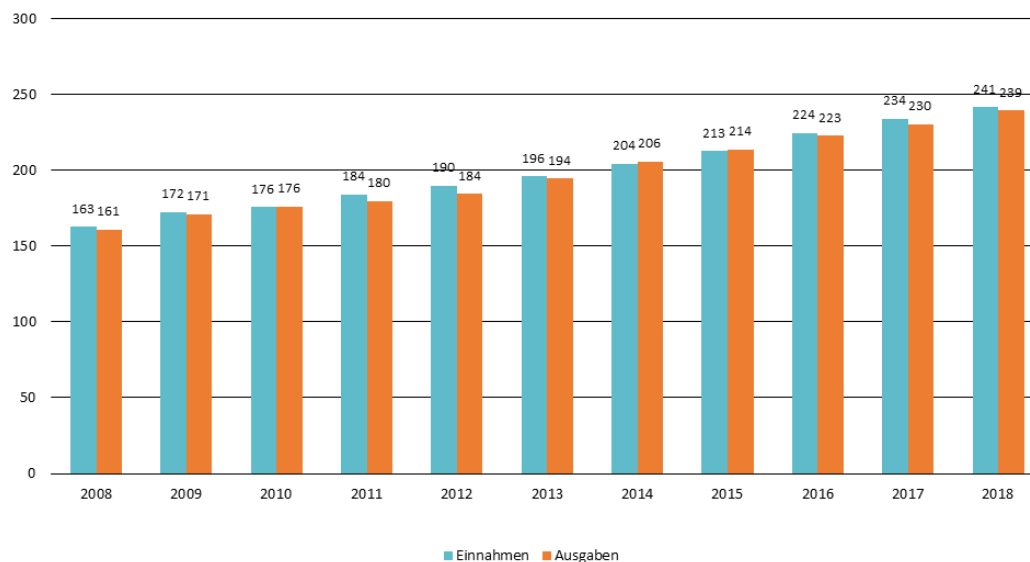
Der Einkommensausgleich aus dem Gesundheitsfonds wirkt bei der Verteilung von Zusatzbeiträgen. Hier werden die Zusatzbeiträge nach

voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied umgerechnet und an die entsprechenden Krankenkassen weitergeleitet. Damit soll vermieden werden, dass aus der unterschiedlichen Einkommenshöhe der Versicherten unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge resultieren.

Wie andere Zweige der Sozialversicherung auch ist die gesetzliche Krankenversicherung nach einem Umlageverfahren finanziert. Allerdings hat der Gesundheitsfonds Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten, deren Höhe nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss. Die Liquiditätsreserven dienen dem Ausgleich von Schwankungen zwischen Einnahmen und Ausgaben (Quasdorf 2014). Zuletzt wurden im Jahr 2017 Krankenkassen Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt, um Haushaltsdefizite auszugleichen. Für 2020 ist vorgesehen, dass die Beitragsausfälle, die im Zuge des 2020 in Kraft getretenen Gesetzes zur Einführung eines Freibetrags in die gesetzliche Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-BRG) entstanden sind, aus der Liquiditätsreserve getilgt werden. Hierfür ist vorgesehen, die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 25 Prozent auf 20 Prozent einer Monatsausgabe zu senken. Anzumerken ist allerdings, dass ab dem Jahr 2024 die Kassen die Beitragsausfälle selber tragen sollen.

Im Jahr 2018 beliefen sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds auf insgesamt 241,36 Milliarden Euro. Die Ausgaben betragen im gleichen Jahr insgesamt 239,37 Milliarden Euro. Sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben sind im Zeitverlauf angestiegen. Zwischen 2008 und 2018 betrug der Anstieg der Einnahmen als auch der Ausgaben jeweils 33 Prozent. Wie Abbildung 12 zeigt, konnten in den letzten Jahren ein Überschuss erwirtschaftet werden. In den Jahren 2011 und 2012 beliefen sich die Überschüsse auf mehrere Milliarden Euro (4,17 bzw. 5,44 Milliarden Euro). Auch im Jahr 2018 gab es einen Überschuss von 2,0 Milliarden Euro. Die Liquiditätsreserven sind im gleichen Jahr auf 9,7 Milliarden Euro angestiegen (2010: 4,2 Milliarden Euro). Defizite zwischen Einnahmen und Ausgaben existierten hingegen in den Jahren 2010 (-0,39 Milliarden Euro), 2014 (-1,30 Milliarden Euro) und 2015 (-1,12 Milliarden Euro). Für das Jahr 2019 wird von einem deutlichen Defizit von ca. 1 Milliarden Euro ausgegangen; bereits im dritten Quartal 2019 wies das Defizit 741 Millionen Euro auf.

Abbildung 12: Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung, 2008–2018, Angaben in Milliarden Euro



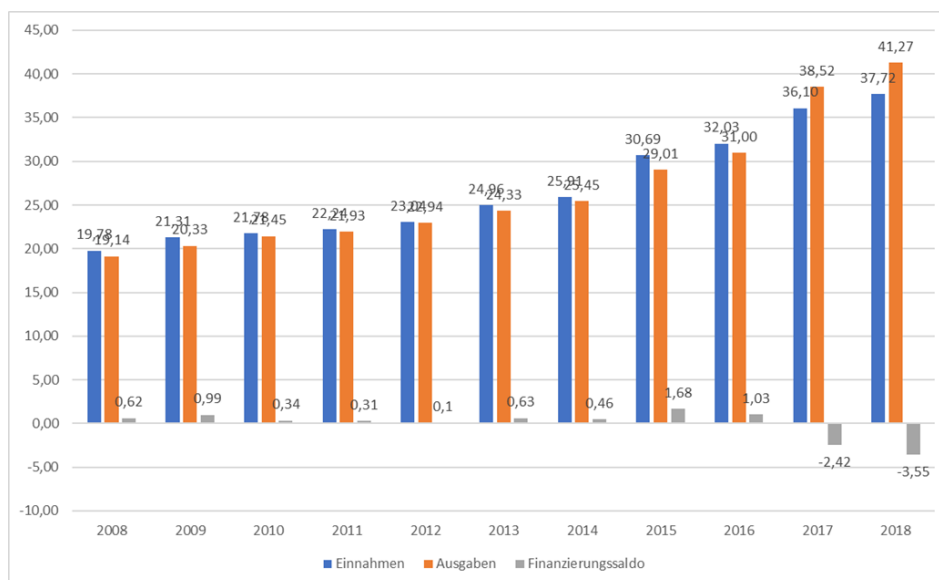
Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Bundesministerium für Gesundheit (2019b)

Die Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Für die Einnahmeseite spielen vor allem Beschäftigungs- und Entgeltentwicklungen eine Rolle. Allgemein gilt, je besser die Lage auf dem Arbeitsmarkt ist, desto höhere Überschüsse können erwirtschaftet werden. Auch die Erhöhung der Beitragssätze und Zusatzbeiträge führt in der Regel zu entsprechenden Mehreinnahmen. In Hinblick auf die Ausgabenseite, machen Leistungsausgaben 95 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Bei der AOK Niedersachsen belaufen sich z. B. die Tagesausgaben auf 8 Millionen Euro. Ursachen des kontinuierlichen Anstiegs der Ausgaben werden vor allem in dem medizinisch-technischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung gesehen (Pimpertz 2010). Betrug der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland im Jahr 2008 6,3 Prozent, lag er im Jahr 2017 bei 7,1 Prozent. Im Jahr 2018 entfiel der größte Anteil der Leistungsausgaben auf Krankenhausbehandlung (35 Prozent), gefolgt von Ausgaben für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel (jeweils 17 Prozent) und zahnärztliche Behandlungen (7 Prozent).

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung gestaltet sich über die Jahre sehr unterschiedlich (Bundesministerium für Gesundheit 2020b).

Nach Einführung der Versicherung lagen die Ausgaben zunächst über den Einnahmen und die Pflegeversicherung wies lange Zeit ein negatives Finanzierungssaldo auf. Mit den Erhöhungen des Beitragssatzes und den steigenden Beschäftigtenzahlen konnten die Einnahmen allerdings deutlich gesteigert werden und lagen nach 2008 zunächst über den Ausgaben (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, 2008–2018, in Milliarden Euro



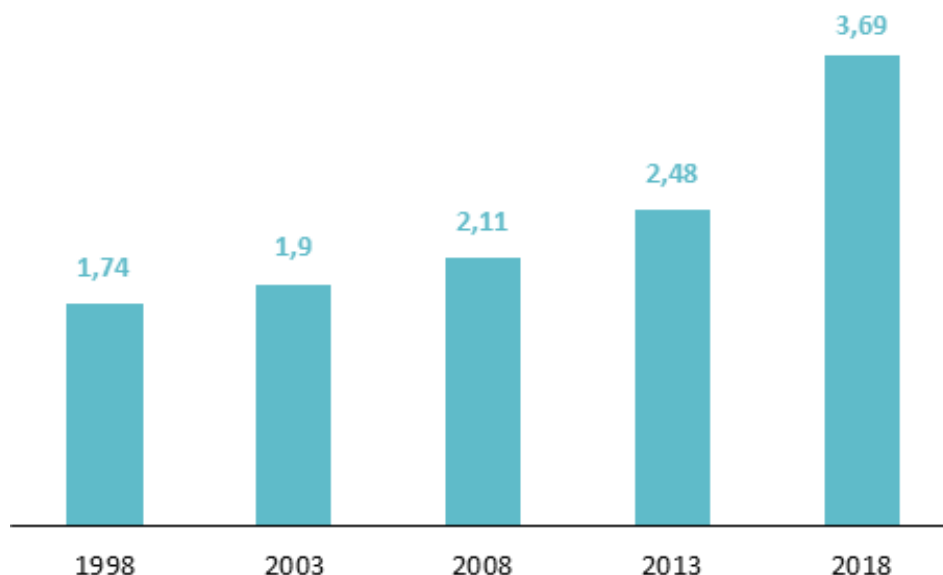
Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Bundesministerium für Gesundheit (2020b, S. 4)

So stiegen die Jahreseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung von 19,8 Mrd. Euro in 2008 auf 37,7 Mrd. Euro in 2018. Allerdings wuchs parallel dazu auch die Zahl der Leistungsbezieher/innen beständig. Lag die Zahl der Leistungsbezieher/innen bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung bei 1,55 Mio. Personen (1996), stieg sie bis 2008 auf 2,11 Millionen an und lag im Jahr 2018 aktuell bei 3,69 Millionen (vgl. Abbildung 14).

Dadurch gab es in den Jahren 2017 und 2018 erstmals seit längerer Zeit trotz Erhöhung des Beitragssatzes wieder ein deutliches negatives Finanzierungssaldo, das vor allem auf die teils hohen Zuwächse der

Leistungsempfänger/innen (im Vergleich zum Vorjahr plus 21 Prozent in 2017 und plus zehn Prozent in 2018) zurückzuführen ist

Abbildung 14: Zahl der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung, 1998–2018, Angaben in Millionen Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Bundesministerium für Gesundheit (2020b, S. 3)

Wie auch bei den anderen Zweigen der Sozialversicherung werden auch für die gesetzliche Krankenversicherung Entwicklungslinien prognostiziert und mit Reformvorschläge untermauert. Im Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Einnahmen in Zukunft sinken, während die Leistungsausgaben vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem weiteren medizinischen und technischen Fortschritt steigen werden (Drabinski et al. 2018; Igel 2018). Hinzu kommen gesetzliche Neuregelungen, die zu Ausgabensteigerungen für die Kranken- und Pflegekassen führen (z. B. Pflegepersonalstärkungsgesetz – PpSG, Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Viele Krankenkassen werden die entstehenden Defizite durch einen weiteren Abbau der Finanzreserven ausgleichen müssen. Dies ist jedoch für Krankenkassen, die über geringe Finanzreserven verfügen, nur im eingeschränkten Maße oder nur durch eine Anhebung des Zusatzbeitrages möglich. Kassen, die von einer unterdurchschnittlichen Rücklage betroffen sind, sind z. B. BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und kleinere Betriebskrankenkassen.

Der Rückgang der Einnahmen wird außerdem an dem unterproportionalen Wachstum der Löhne und Gehälter festgemacht sowie der Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und der Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse. Hieran angeschlossen ist häufig auch eine Diskussion um die zukünftige Höhe von Beitragssätzen und die Auswirkungen von Sozialabgaben auf den Arbeitsmarkt (Sauerland/Wübker 2010). Weitere Ansatzpunkte für Reformvorschläge sind eine Ausweitung des Pflichtversichertenkreises und der Bemessungsgrundlage oder auch die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleichs.

Prognosen über die Zahl der zukünftig Pflegebedürftigen gehen von einem Anstieg um knapp 25 Prozent bis 2030 aus (BMG 2019, S. 15). Die absehbare Entwicklung von Pflegebedürftigen und Beitragszahler/innen verstärkt die Debatte um die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung. Gleichzeitig führt der oft hohe Eigenanteil für Pflegebedürftige zu Debatten inwiefern eine soziale Pflegeversicherung als Teil- und nicht als Vollversicherung ihrer Aufgabe zur Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit gerecht werden kann. Ähnlich wie bei der Krankenversicherung zielen die Lösungsvorschläge vor allem auf eine Integration der Versicherten aus der privaten Pflegeversicherung um strukturelle Vorteile (höhere Einkommen, bessere Gesundheit) auszugleichen (u. a. Rothgang/Domhoff 2019), auf stärkere Anteile der privaten Vorsorge (PKV 2019) oder auf Steuerzuschüsse, um die Finanzierung vom Arbeitsmarkt zu entkoppeln (u. a. VdK 2019 und Klie 2019).

4.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Gesetzliche Reformen im deutschen Gesundheitswesen führen innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung regelmäßig zu Veränderungen.

In Hinblick auf die Krankenversicherung wurden seit den 1970er Jahren mehr als 40 Gesetze zur Änderung der rechtlichen Grundlagen der Krankenversicherung verabschiedet. Damit sind die Kranken- und Pflegekassen einem ständigen Wandlungsprozess unterworfen. Das SGB V regelt nicht nur die Inhalte der Krankenversicherung, sondern auch die Organisation der Krankenkassen und enthält zahlreiche Vorschriften für die Beziehungen zu den Leistungserbringern. Gesetzliche Regelungen haben Auswirkungen auf die Struktur, Organisation und wirtschaftliche Strategie von Krankenkassen und initiierten Wettbewerb und Kostensenkun-

gen bei den Kassen. Besonders hervorzuheben ist hier das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom Dezember 1992, das das freie Krankenkassenwahlrecht einführte. Durch die freie Wahl der Kassen wurden die Krankenkasse folglich in ein Konkurrenzverhältnis gestellt und die wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungssystems eingeführt (Behrens-Potratz/Zerres 2017). Des Weiteren zielte das Gesetz darauf ab, Kosten zu sparen. Zum Beispiel wurden in Folge Leistungsausgaben, Arznei- und Heilmittelkosten und Verwaltungskosten budgetiert, eine Positivliste für Arzneimittel erstellt und ambulante Operationen sollten stationären vorgezogen werden. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von März 2007 wurden die Organisationsstrukturen im Bereich der Krankenkassen erneut erheblich verändert. Das Gesetz ermöglichte u. a. erstmalig die kassenartenübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen. Begründet wurde diese Fusionsoption mit einer notwendigen Beschleunigung des Prozesses der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten. Des Weiteren wurde durch das Gesetz Beitragssätze fortan gesetzlich bestimmt und die Funktionen der kassenarteigenen Bundes- und Landesverbände an den neu gegründeten GKV-Spitzenverband übertragen. Weitreichende Folgen und eine Änderung des Organisationsrechtes hat auch das zu Januar 2020 in Kraft getretene Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesetz beinhaltet die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), eine Haftungsverpflichtung zwischen den Kassen und eine Neuregelung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes.

Die bedeutendsten Gesetze der letzten Jahre sind in Tabelle 4 aufgeführt. Verschiedene Regelungen betreffen die Finanzierung der Krankenversicherung und Krankenkassen. So wurden Zusatzbeitrag, Beitragssätze und Beitragshöhe verändert, Einkommensausgleich, Mindesthöhe für Liquiditätsreserven und Höhe des Bundeszuschusses beschlossen. Weitere Gesetze regeln die Kosten für Arznei- und Heilmittel und Behandlungen. Einige Veränderungen betreffen den Kreis der Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Inanspruchnahme von Leistungen (z. B. Krankengeld). Das sogenannte E-Health-Gesetz von 2017 gibt einen Zeitplan für die Einführung einer digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen vor. Außerdem legt das Gesetz die Grundlage für Telemedizin und damit für eine Ausweitung des Leistungsspektrums der Kranken- und Pflegekassen.

Tabelle 4: Gesetzliche Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung 2015 bis 2019 (Auszug)

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2015	
GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)	<p>Der allgemeine Beitragssatz wird auf 14,6 % (Arbeitnehmer/innen 7,3 %, Arbeitgeber 7,3 %) festgeschrieben.</p> <p>Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird durch einen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen ersetzt.</p> <p>Der Einkommensausgleich im Gesundheitsfond wird eingeführt.</p> <p>Die Mindesthöhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird auf 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds angehoben.</p>
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	<p>Bei der Berechnung des Kinderkrankengeldes dient das während der Freistellung ausgefallene Arbeitsentgelt als Grundlage der Berechnung (ohne Einmalzahlungen).</p>
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)	<p>Die Regelungen für Zu- und Niederlassung von Ärzten werden neu geregelt.</p> <p>Terminservicestellen werden eingerichtet, die dazu beitragen sollen, die Wartezeiten auf einen Facharzttermin zu verkürzen.</p> <p>Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung wird gestärkt.</p>
2017	
Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (auch E-Health-Gesetz)	<p>IT-unterstützte Verfahren werden umgesetzt, z. B. elektronische Gesundheitskarte mit Notfalldatenspeicherung, elektronische Patientenakte und Medikationsplan, elektronischer Arztbrief.</p> <p>Telemedizin wird in die Versorgungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen integriert.</p>

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Ein Verzeichnis von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen wird erstellt, um eine bessere Grundlage für die Qualitätssicherung, Krankenhausplanung und Krankenhausstatistik zu schaffen.

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden im Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zugeführt, um einmalige Investitionen in die telemedizinische Infrastruktur zu finanzieren und vorübergehende Mehrbelastungen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten auszugleichen.

Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Ab 1. August besteht grundsätzlich beim Bezug von Arbeitslosengeld bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld.

2019

GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zur Krankversicherung wird ab 2019 paritätisch finanziert.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, passive Mitgliedschaften zu beenden. Bisher endet eine freiwillige Mitgliedschaft nur dann, wenn das Mitglied seinen Austritt erklärt. Die Krankenkassen haben bis Mitte Juni 2019 ihren Mitgliederbestand entsprechend zu bereinigen. Darüber hinaus sind die entsprechenden Versicherungszeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen.

Die Rücklagen einer Krankenkasse dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres den Betrag einer Monatsausgabe nicht übersteigen (bisher: 1,5).

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds darf 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten (bisher keine Höchstgrenze).

2020

Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) (1.1.2020 in Kraft getreten)

Ein Freibetrag zusätzlich zur Freigrenze wird in Hinblick auf die Beitragspflicht in die gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung (Versorgungsbezüge) eingeführt.

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG (1. Januar 2020 in Kraft getreten)

Der RSA wird weiterentwickelt (Einführung von Regionalkomponente, Risikopools, Krankheits-Vollmodells, Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA, Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA). Es gibt ein neues Haftungssystem (Abschaffung des Haftungsverbundes) und Neuregelungen zu den Strukturen des GKV-Spitzenverbandes (Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, LKA).

Quelle: angelehnt an Bäcker 2020

Auch in der im Vergleich zu anderen Sozialversicherungszweigen relativ kurzen Geschichte der sozialen Pflegeversicherung gab es zahlreiche gesetzliche Änderungen, die vor allem eine Erhöhung der Beitragssätze und die Ausweitung der Leistungen in mehreren Bereichen beinhalteten. Tabelle 5 gibt einen Überblick über wesentliche gesetzliche Änderungen in der Pflegeversicherung in den letzten Jahren.

Tabelle 5: Gesetzliche Änderungen im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung 2015 bis 2019 (Auszug)

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2015	
Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	Der Beitragssatz wurde von 2,05 % auf 2,35 % erhöht (plus Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %). Ein Sondervermögen „Vorsorgefond“ zur Absicherung der Beitragsstabilität ab 2034 wird eingerichtet. Leistungen werden an die Preisentwicklung angepasst. Verschiedene Leistungen in der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, der teilstationären Pflege und Anpassungen bei den Entlastungsleistungen werden ausgeweitet.
2016	
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	Der Beitragssatz wird von 2,35 % auf 2,55 % erhöht (plus Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %). Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und eine neue Begutachtung wird eingeführt: Bemessung des Bedarfs über die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (oder Fähigkeiten) und nicht nur an körperlichen Einschränkungen.

kungen (Ersatz der Pflegestufen durch Pflegegrade). Beratung, Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen werden durch die Selbstverwaltung verbessert.

Es gibt Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung und

Beträge in Höhe von 125 Euro zur Entlastung pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege

2017

Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch Kommunen wird verstärkt. Weitere Angebote zur Unterstützung/Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen werden aufgebaut.

Löhnen auf Tarifniveau werden auch bei Verhandlungen mit nicht tarifgebundenen Kostenträgern anerkannt. Die Kontrollmöglichkeiten der Pflegekassen werden ausgeweitet.

2019

Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung

Der Beitragssatz wird von 2,55 % auf 3,05 % erhöht.

Quelle: Steffen (2019)

Durch das „Zweite Pflegestärkungsgesetz“ (PSG II) gab es eine wesentliche Zäsur in der Erfassung von Pflegebedürftigkeit. Ab Januar 2017 fielen die bisherigen Pflegestufen weg, und das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurde grundsätzlich geändert. Die Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten stellt dabei u. a. nicht nur auf körperliche Einschränkungen ab, sondern integriert auch psychische Einschränkungen (insbesondere Demenz) in den Leistungsanspruch. Um den Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechend des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ermitteln zu können, wurde ein pflegfachlich begründetes Begutachtungsinstrument geschaffen.

Zudem wurden in den vergangenen Jahren die Beratungsdienstleistungen ausgebaut, um einen besseren und gleichberechtigten Zugang zu Sozialleistungen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu gewährleisten. Zunächst wurde im Jahr 2009 der Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen eingeführt, und in den Jahren 2016 und 2017 wurden Inhalte und Durchführung der individuel-

len Pflegeberatung bundesweit einheitlich und verbindlich gestaltet, Beratungsstellen ausgebaut und mit mehr Mitteln hinterlegt.

4.5 Die wirtschaftliche Strategie der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Der gesetzlich initiierte Wettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen lässt das Paradigma der Kostensenkung immer mehr in den Mittelpunkt rücken und treibt auch die Fusion zwischen den Kassen aufgrund von Kosten- und Strukturproblemen voran. In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist bereits seit Jahrzehnten ein stetig zunehmender Konzentrationsprozess zu beobachten. Es wird erwartet, dass – bedingt durch den zunehmenden wettbewerblichen und wirtschaftlichen Druck – die Anzahl der Fusionen weiter ansteigen werden (Monopolkommission 2017). Insbesondere die BKKen sind von einem Konzentrationsprozess betroffen, der vor allem aufgrund der teilweisen geringen Größe einiger BKKen, noch nicht als abgeschlossen gilt.

Derzeit ist Deutschland europaweit das einzige Land mit einem Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenvollversicherungen. Allerdings entfielen im Jahr 2018 nur neun Prozent der Mitglieder und Versicherten auf private Krankenversicherungen und die Konkurrenz durch private Kassen wird insgesamt eher als gering eingeschätzt. Der Wechsel von der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung wurde zwischenzeitlich zunehmend erschwert, vor allem um zu verhindern, dass gut verdienende Arbeitnehmer/innen in jüngeren Jahren die günstigen Tarife der privaten Krankenversicherung für diese Altersgruppe nutzen und erst im Alter, wenn die Prämien der privaten Krankenversicherung ansteigen, in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln (Monopolkommission 2017). Eine Rückkehr aus der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist im Allgemeinen für Studenten/innen, Familienversicherte, Schwerbehinderte, Empfänger des Arbeitslosengelds I und Angestellte mit einem Jahresarbeitsentgelt unter der Versicherungspflichtgrenze möglich. Grundlagen dafür sind die Paragraphen 5, 6 und 9 des SGB V.

Des Weiteren optimieren die Kranken- und Pflegekassen verstärkt ihre Organisationsstrukturen unter Effizienz- und Servicegesichtspunkten. Viele Kranken- und Pflegekassen unterhalten ein örtliches Netz von Geschäftsstellen. Dieses Netz ist unterschiedlich dicht. Insgesamt ist jedoch ein Trend erkennbar Geschäftsstellen zu schließen, um Verwaltungskosten zu sparen. Dieser Trend wird durch die zunehmende Digitalisierung und die Zentralisierung von Arbeiten in spezifischen Fachabtei-

lungen und Servicecentern gefördert. Die Zentralisierung von Aufgaben führt außerdem zu einer Effizienzsteigerung, denn durch Spezialisierung ist der Wissenstand bei den entsprechenden Mitarbeitern/innen hoch und Kundenanfragen können in der Regel schneller bearbeitet werden. Fusionen und Zentralisierung im Krankenkassensystem führen nicht selten zu Personalabbau. Ver.di merkt hierzu allerdings an, dass durch die steigende Spezialisierung eine ganzheitliche Beratung der Versicherten weniger gewährleistet ist.

Das zentrale Ziel der Geschäftsstrategie der Kranken- und Pflegekassen ist der Ausbau von Marktanteilen durch Gewinnung neuer Mitglieder in Konkurrenz zu den anderen Kassen. 38 Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung entfielen im Juli 2019 auf die Ersatzkassen, 37 Prozent auf die AOKen, 15 Prozent auf die BKKen, 7 Prozent auf die IKKen, zwei Prozent auf die KBS und ein Prozent auf die LKK. Mehr als 70 Prozent der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen versorgen weniger als zehn Prozent der Versicherten, während sich rund ein Drittel aller Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung auf nur drei große Kassen verteilen. Die mitgliederstärksten Kranken- und Pflegekassen waren im Jahr 2019 die Techniker Krankenkasse mit mehr als zehn Millionen Versicherten, gefolgt von der BARMER mit 9,1 Millionen Versicherten und der DAK Gesundheit mit 5,6 Millionen Versicherten. Anzumerken ist jedoch, dass zwar bundesweit die Ersatzkassen den größten Marktanteil haben, in den Ländern jedoch überwiegend die AOKen führend sind. In den letzten fünf Jahren konnten insbesondere die Ersatzkrankenkassen und die AOKen Zuwächse bei der Zahl der Versicherten verbuchen.

Neben der Anzahl der Kunden ist ihre Risikostruktur für die Kranken- und Pflegekassen von Bedeutung. Eigentlich sollte der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bewirken, dass Kassen mit kostenintensiven Behandlungsfällen höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Allerdings entspricht dies – zumindest vor der Reform des Strukturausgleiches zu Januar 2020 – vielfach nicht der Realität. Krankenkassen mit vielen älteren und vielleicht sogar pflegebedürftigen Versicherten stehen wirtschaftlich häufig schlechter da als Krankenkassen mit einer ausgeglichenen Versichertenstruktur.

Für die Kundenbindung spielen im allgemeinen Preis, Qualität und Leistung eine Rolle. Untersuchungen zeigen allerdings, dass von allen Faktoren die Höhe der Zusatzbeiträge für die Versicherten bei Kassenwahlentscheidungen von Bedeutung ist. Die Erhebung des Zusatzbeitrages ab 2009 führte infolge zu einem hohen Versichertenwandern. Auch heute ist der Zusatzbeitrag die wesentliche Entscheidungsdeter-

minante bei der Wahl und dem Wechsel einer Kasse (Moos/Brüggemann 2017, S. 432).

Neben dem Zusatzbeitrag stehen Leistungsdifferenzierung und Kundenservice im Fokus der Geschäftsstrategie. Ansatzpunkte im Kundenservice, um eine hohe Kundenzufriedenheit zu erreichen sind z. B. umfassende Beratungsleistungen, Internetpräsenz, gute Erreichbarkeit und kurze Bearbeitungszeiten, sowie ein funktionierendes Beschwerdemanagement (Behrens-Potratz/Zerres 2017). Dadurch, dass ca. 95 Prozent der Leistung gesetzlich fixiert sind und damit zum großen Teil identisch, sind die Unterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen in Hinblick auf die Leistungsdifferenzierung eher gering. Unter die kassenindividuellen Leistungen fallen z. B. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, professionelle Zahnreinigung, Akupunktur, Osteopathie, Homöopathie oder Präventionskurse. Die Ausgaben für solche Satzungs- und Ermessensleistungen können die Krankenkassen dementsprechend selbst steuern. Allerdings macht dieser Bereich nur einen geringen Anteil an den Ausgaben aus. Deutlich größeres Gewicht kommt der Beeinflussung der Ausgaben der Pflichtleistungen zu, denn eine Senkung dieser Ausgaben kann den Kranken- und Pflegekassen einen wettbewerblichen Vorteil im Preiswettbewerb um niedrige Beitragssätze bringen. Des Weiteren versuchen die Kranken- und Pflegekassen Kosten zu senken durch die Prüfung von Krankengeldansprüchen und die Prüfung der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungsträger. Die konkrete Berechnung der Leistungsausgaben für Pflichtleistungen wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist ein Beratungs- und Begutachtungsdienst für die Kranken- und Pflegeversicherung. Im gesetzlichen Auftrag erstellt der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Gutachten und Stellungnahme, auf deren Basis die Kranken- und Pflegekassen über die Erstattung von Leistungen entscheiden. Überprüft werden insbesondere Notwendigkeit, Art, Umfang, Dauer und Abrechnung von Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen und häuslicher Krankenpflege, die Notwendigkeit von Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die Prüfung von Arbeitsunfähigkeit. Außerdem werden Gutachten für die Pflegeversicherung hinsichtlich Pflegebedürftigkeit und deren Einstufung sowie Empfehlung zu Art und Umfang von Pflegeleistungen erstellt.

Allerdings wurden zum Januar 2020 durch das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) der Umfang der Prüfungen begrenzt und Prüfquoten eingeführt (für 2020 zehn Prozent der Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung, in den Folgejahren Krankenhaus individuelle Quoten nach Abrechnungsquali-

tät). Damit sollten die bis dahin steigende Zahl von Prüfungen der Krankenkassen bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen entgegengewirkt werden. Ver.di weist jedoch in der Stellungnahme zum Gesetzesentwurf darauf hin, dass eine rote von zehn Prozent im ersten Jahr jedoch deutlich zu niedrig angesetzt ist, angesichts einer ebenfalls steigenden Zahl unkorrekter Abrechnungen (ver.di 2019f).

Auch der Abschluss von Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmen und anderen Leistungserbringern ist ein Ansatzpunkt zur Kostenoptimierung. Allerdings werden die meisten Ausgabenblöcke durch kollektive Vereinbarungen mehrerer oder aller Kranken- und Pflegekassen geregelt, sodass die einzelne Kasse wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten hat. Hierunter fallen z. B. Versorgungsverträge und Vertragsabschlüsse mit verschiedenen Leistungserbringern und anderen Dienstleistern (z. B. Softwareentwicklung, Schulungen und Zertifizierungen).

Des Weiteren nutzen die Kranken- und Pflegekasse die Diversifizierung des Versicherungsangebots, um im Wettbewerb zu bestehen. Alle Kranken- und Pflegekasse bieten z. B. Zusatzversicherungen an. Hierzu gehören Krankentagegeldversicherung und Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Pflegezusatzversicherung und Auslandsreisekrankenversicherung. Viele Kranken- und Pflegekasse bieten auch Selbstbehalttarife an. Diese beruhen häufig auf einen einkommensabhängigen Selbstbehalt in Kombination mit einem Staffelbonus für leistungsfreie Jahre.

Angesichts des zunehmenden Wettbewerbsdrucks orientieren sich viele Kassen in ihrer internen Steuerung zunehmend an Managementmethoden, die auch in der Privatwirtschaft zum Einsatz kommen, wie z. B. Zielvereinbarungen und leistungsabhängige Vergütungen bei Führungskräften. Allerdings stellt sich hier die Frage nach der Übertragbarkeit der vorhandenen Instrumente des Controllings auf die Kranken- und Pflegekassen. Denn während der Fokus des Controllings in privaten Unternehmen auf eine Steigerung des Unternehmenswertes liegt, der sich am finanziellen Erfolg bemisst, sollten die primären Ziele der Kranken- und Pflegekassen die Ausführung ihres öffentlichen Auftrags und das gemeinwirtschaftliche Verwaltungshandeln sein (Moos/Brüggemann 2017: 433; Institut für den öffentlichen Sektor 2010). Der DGB weist daraufhin, dass die Förderung des Wettbewerbes um niedrige Kosten letztendlich zu einer Schwächung des Prinzips der Solidargemeinschaft führt, da gesundheitliche Daseinsvorsorge und sozialer Ausgleich nicht mehr im Vordergrund stehen (Deutscher Gewerkschaftsbund 2019).

4.6 Arbeit und Beschäftigung in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

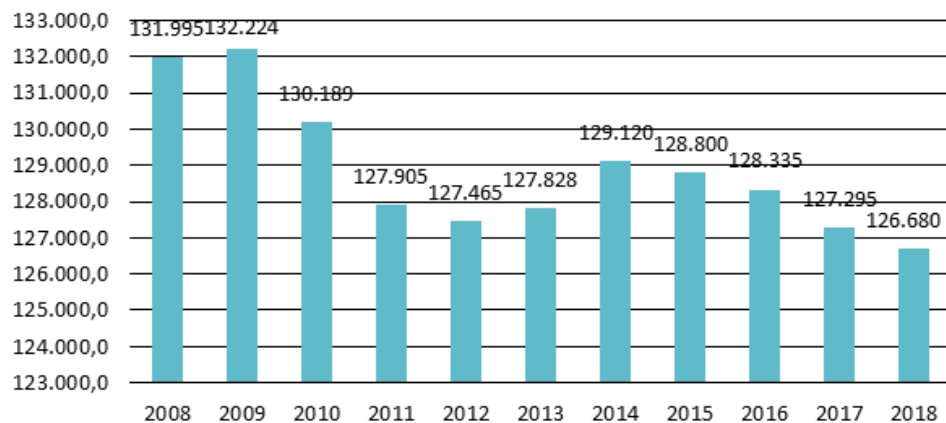
4.6.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung

Im Jahr 2018 waren insgesamt 144.495 Personen bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen beschäftigt. Die meisten Arbeitnehmer/innen (ohne Eigenbetriebe) entfielen am Stichtag 30. Juni 2018 auf die AOKen (40 Prozent), gefolgt von den Ersatzkassen (34 Prozent), BKKen (14 Prozent) und IKKen (sieben Prozent). Auf die KBS entfiel drei Prozent und auf die LKK unter ein Prozent (Bundesministerium für Gesundheit 2020a). Ein Zeitvergleich zeigt, dass vor allem AOKen (2008: 40 Prozent) und Ersatzkassen (2008: 31 Prozent) Zuwächse verbuchen konnten, während BKKen (2008: 16 Prozent) Anteile verloren haben.

Die Anzahl der Beschäftigten weist eine rückläufige Tendenz auf. Obwohl die Anzahl der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt ansteigt, führen Fusionen, technische Neuerungen (Datenverarbeitung/Digitalisierung/Internet), der zunehmende Wettbewerb und wachsenden Kostendruck zu Personalabbau. Insbesondere Kranken- und Pflegekassen mit abnehmenden Mitgliederzahlen versuchen, ihren Personalbedarf zu senken. Dabei wird der Personalabbau größtenteils über natürliche Fluktuation, einschließlich Vorruhestandsregelungen vollzogen. Hierfür gibt es in 90 Prozent der Kassen entsprechende Tarifverträge als Basis.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahl auf Basis von Vollzeitäquivalenten in den letzten zehn Jahren ist in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15: Beschäftigungsentwicklung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, in Vollkräften, 2008–2018



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Statistisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, verschiedene Ausgaben

Die Anzahl der Beschäftigten umgerechnet in Vollzeitstellen betrug im Jahresdurchschnitt 2018 126.680 und ist damit rund elf Prozent geringer als die Gesamtbeschäftigtenzahl (2008: 13 Prozent). Im Jahr 2008 gab es 131.995 Vollzeitäquivalente und ihre Anzahl ist damit bis zum Jahr 2018 um rund vier Prozent zurückgegangen. Der Rückgang in der Beschäftigung verlief zeitweise allerdings wenig kontinuierlich; so schwankte die Zahl der Vollzeitäquivalente z. T. jährlich zwischen Abbau- und Aufbauphasen. In den letzten fünf Jahren ist die Anzahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten jedoch durchgängig zurückgegangen (– 2 Prozent).

Der Anteil von Frauen an allen Beschäftigten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung lag im Jahr 2018 bei 70 Prozent (2008: 67 Prozent). Der Teilzeitquotient liegt bei den Kranken- und Pflegekassen zwischen zehn und 35 Prozent mit steigender Tendenz. Beschäftigte sind überwiegend im Angestelltenverhältnis tätig. Sieben Prozent der Beschäftigten sind DO-Angestellte. Beschäftigte mit Beamtenstatus existieren nur bei der KBS und LKK. Ihr Anteil liegt insgesamt unter einem Prozent. Die Zahl der DO-Angestellten sowie Beamten/innen ist jedoch seit Jahren rückläufig, da in diesen Beschäftigungsverhältnissen keine Neueinstellungen mehr vorgenommen werden. Befristete Arbeitsverhältnisse sind bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung kaum verbreitet und beschränken sich auf Hilfstätigkeiten. An-

ders als bei anderen Trägern der Sozialversicherung stellen der demographische Wandel und die Überalterung der Beschäftigten bisher erst für einige Kranken- und Pflegekassen eine Herausforderung dar. Alles deutet darauf hin, dass ältere Beschäftigte in der Vergangenheit infolge des Personalabbaus über Frühverrentung und Altersteilzeitmodelle vermehrt abgebaut worden sind.

In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind zum weitest überwiegenden Teil Sozialversicherungsfachangestellte der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung tätig. Die Ausbildung für Sozialversicherungsfachangestellte vermittelt vor allem Kenntnisse der Sozialgesetzgebung und den dazugehörigen Durchführungsbestimmungen. Sozialversicherungsfachangestellte klären laut Ausbildungsbeschreibung Versicherungsverhältnisse, prüfen Ansprüche und beraten die Versicherten zur finanziellen Absicherung im Krankheitsfall- oder Pflegefall.

Neben den Sozialversicherungsfachangestellten werden auch Kaufleute im Gesundheitswesen (KiG) beschäftigt. Im Vergleich zu den Sozialversicherungsfachangestellten handelt es sich bei den Kaufleuten im Gesundheitswesen eher um einen breit angelegten, kaufmännischen Beruf, der weniger verwaltungsjuristisch geprägt ist. Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen ist ebenfalls ein 3-jähriger Ausbildungsberuf und bereitet laut Ausbildungsordnung darauf vor, Geschäfts- und Leistungsprozesse zu planen, Dienstleistungsangebote zu entwickeln und Aufgaben im Qualitätsmanagement oder Marketing zu übernehmen. Tatsächlich werden jedoch Sozialversicherungsfachangestellte und Kaufleute im Gesundheitswesen bei den Kranken- und Pflegekassen überwiegend gleich eingesetzt. Für die Kranken- und Pflegekassen besteht in der Anstellung von Kaufleuten im Gesundheitswesen der Vorteil, dass dieser Beruf in verschiedenen Branchen zum Einsatz kommt (z. B. auch Krankenhäuser, Alten- und Krankenpflege und Labore). Damit gestaltet sich der Arbeitsmarkt für diese Beschäftigungsgruppe, z. B. im Fall eines Personalabbaus, durchlässiger.

Weitere Berufsgruppen bei den Kranken- und Pflegekassen sind Kaufleute für Bürokommunikation und Kaufleute für Dialogmarketing sowie einige IT-Beschäftigte.

Insgesamt liegt die Ausbildungsquote in der Kranken- und Pflegeversicherung bei rund fünf Prozent. Quereinsteiger, die über anderweitige Ausbildungen verfügen, sind selten. Wenn sie eingestellt werden, verfügen sie häufig über Spezialwissen, z. B. im Bereich Pflege oder einem medizinischen Fachgebiet.

Kranken- und Pflegekassen entwickeln eigene Aufstiegsweiterbildungen oder führen diese in Kooperation mit Fachhochschulen oder Berufs-

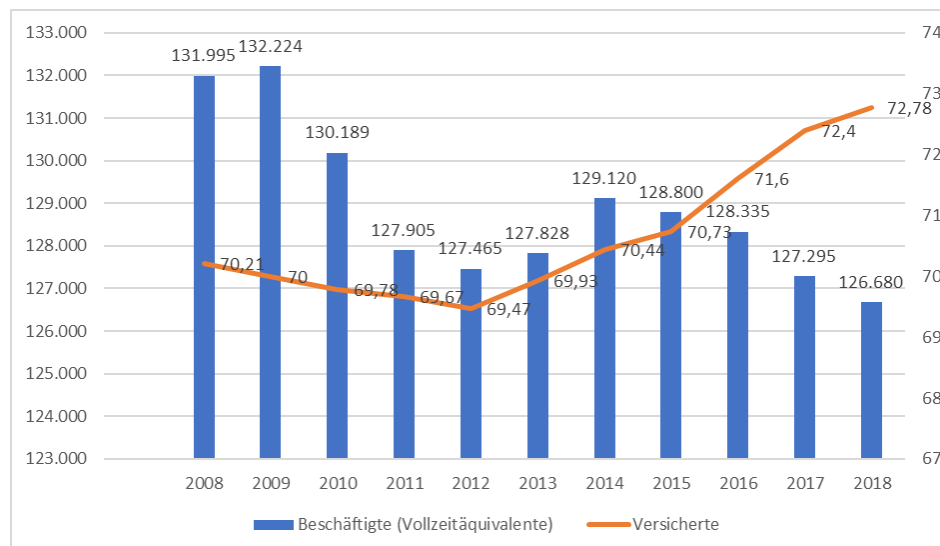
akademien durch. Angeboten werden z. B. Krankenkassen-Betriebswirt/in und Krankenkassen-Fachwirt/in. Die Weiterbildung ist in der Regel berufsbegleitend und dauert bis zu 18 Monaten. Krankenkassen-Betriebswirte/innen und Krankenkassen-Fachwirte/innen werden als Fach- und Führungskräfte eingesetzt. Sie arbeiten z. B. als Teamleiter/in oder im Finanzcontrolling und Rechnungswesen.

4.6.2 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sind bei den Kranken- und Pflegekassen unterschiedlich ausgestaltet. Jede Kranken- und Pflegekasse entscheidet eigenständig über die Bedingungen und auch innerhalb einer Kasse können sich die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen zwischen einzelnen Einheiten und Geschäftsstellen unterscheiden. Allerdings kann man recht gut Gemeinsamkeiten und generelle Entwicklungen erkennen, die im folgenden Teil analysiert werden.

Mit Aufkommen des verstärkten Wettbewerbes zwischen den Kassen, der Übernahme von privatwirtschaftlichen Managementkonzepten und den erweiterten technischen Möglichkeiten durch Datenverarbeitung und Internet hat sich die Arbeit in den Kranken- und Pflegekassen grundlegend verändert. Kostensenkungen, effiziente Gestaltung von Prozessen und die Ausrichtung des Personals an wirtschaftlichen Zielgrößen stehen seither im Vordergrund. Häufiger Ansatzpunkt für Kosteneinsparungen sind insbesondere die Verwaltungskosten und damit auch die hier zugeordneten Personalausgaben. Der Kostendruck zur Einsparung von Verwaltungskosten führt dazu, dass der Personaleinsatz und der Personalaufwand begrenzt werden. Dies führt einerseits zu Abbau von Personal und andererseits auch zu einer indirekten Reduzierung des Personaleinsatzes, in dem z. B. die Neubesetzung von offenen Stellen herausgezögert wird. Es ist heute schon Praxis, dass mit Hinweis auf eine mögliche zukünftige Digitalisierung oder Fachkräftemangel Stellen unbesetzt bleiben und die Arbeit von den verbleibenden Mitarbeitern/innen übernommen werden muss. Vergleicht man die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten und die Zahl der Versicherten, dann zeigt sich insbesondere in den letzten Jahren, dass die Entwicklung der Zahlen auseinandergehen (vergleiche Abbildung 16): Immer weniger Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten stehen einer zunehmenden Zahl von Versicherten gegenüber.

Abbildung 16: Entwicklung der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten und Zahl der Versicherten (in Millionen) im Vergleich



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten von: Statistisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, verschiedene Ausgaben sowie Bundesministerium für Gesundheit (2019 a, S. 19)

Bundesweit gesehen existiert kein Fachkräftemangel in den Berufsgruppen Sozialversicherungsfachangestellte mit Fachrichtung Krankenversicherung oder Kaufmann/frau im Gesundheitswesen, regionale Ungleichgewichte können allerdings auftreten. Mit Zunahme des demographischen Wandels wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an Pflegeberatern/innen stark ansteigen wird. Zum Teil berichten Kassen schon von einem Fachkräftemangel in diesem Bereich.

Infolge des knappen Personaleinsatzes muss die Arbeit von immer weniger Mitarbeitern/innen bewältigt werden und führt zu einer starken Zunahme der Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die Personalbemessung wird von vielen Mitarbeitern/innen häufig nicht als angemessen aufgefasst.

Gemeinsame Grundlagen für die Personalplanung gibt es zwischen den Krankenkassen kaum. Nach § 69 SGB IV sind Krankenkassen, wie auch andere Träger der Sozialversicherung, dazu verpflichtet ihre Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen und den Personaleinsatz anhand „anerkannter Methoden“ der Personalbedarfsermittlung zu gestalten. Wie bei anderen Trägern der Sozialversicherung nehmen Krankenkassen hier ebenfalls das Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfs-

ermittlung des Bundesministeriums des Inneren und des Bundesverwaltungsamt als Grundlage (Kotter/Dorn 2017). Anzumerken ist allerdings, dass Unterschiede zwischen den Kassen an dem Verhältnis von Versicherten zu Beschäftigten (sog. Betreuungsquote) festgemacht werden können. Ein Vergleich des Verhältnisses von Versicherten und Beschäftigten nach Kassenart zeigt, dass einzelne Kassenarten mehr Mitarbeiter/innen pro Versicherte/n beschäftigten als andere Kassen. So entfallen z. B. auf die AOKen 42 Prozent der Mitarbeiter/innen aber nur 37 Prozent der Versicherten (Differenz: 5 Prozent). Bei den Ersatzkassen und BKKen ist der Beschäftigtenanteil (32 bzw. 13 Prozent) dagegen geringer als der Anteil an allen Versicherten (38 bzw. 15 Prozent; Differenzen: sechs bzw. zwei Prozent). Kotter und Dorn (2017) weisen darauf hin, dass solche „Produktivitätsunterschiede“ sich nicht allein aus der Versichertenstruktur oder Größe der Kranken- und Pflegekassen erklären lassen, sondern auch vom Digitalisierungsgrad und der Leistungsstärke des Personals abhängen.

Darüber hinaus führt der Fokus auf die Einsparung von Kosten auch dazu, dass sich der Handlungsrahmen für die Arbeit der Beschäftigten verändert. Waren Sozialversicherungsfachangestellte früher insbesondere damit beschäftigt, Ansprüche nach staatlichem Sozialrecht durchzusetzen, führt das Paradigma der Kosteneinsparung nun dazu, dass Beschäftigte Einsparungsstrategien verfolgen sollen, die sich u. a. auch in Ablehnungen von Leistungen widerspiegeln. Zusätzlich schränkt sich der Entscheidungsspielraum der Mitarbeiter/innen ein, da Entscheidungen von Prüfungen des Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bekräftigt werden müssen oder im Rahmen der Digitalisierung durch Algorithmen ausgeführt und gesteuert werden. Das Spannungsverhältnis zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungsauftrag und Einsparungsstrategie führt zur zunehmenden Unzufriedenheit und Stress unter den Mitarbeitern/innen.

Gleichzeitig – und in einem gewissen Gegensatz hierzu – wird dem Bereich Kundenservice in der Strategie der Kassen zunehmend Bedeutung eingeräumt. Von den Mitarbeitern/innen wird eine Kundenorientierung und Servicementalität erwartet, die sich z. B. in Form von Empathie, Zuverlässigkeit und Freundlichkeit äußern soll (Behrens-Potratz 2017, S. 186; Kotter/Dorn 2017, S. 364).

Generell werden die emotionalen Arbeitsanforderungen als hoch eingeschätzt. Dies ergibt sich aus dem Umgang mit Versicherten im allgemein, aber im Besonderen aus dem Kontakt mit schwer oder terminal kranken Versicherten.

Eine weitere Entwicklung in den Arbeitsbedingungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist, dass die Arbeitsabläufe

komplexer werden und die mentale Beanspruchung bei der Arbeit zunimmt. Dies ist einerseits – wie bei anderen Zweigen der Sozialversicherung auch – den häufigen gesetzlichen Neuregelungen geschuldet sowie der Übernahme von einfachen Aufgaben im Rahmen von Digitalisierung. Außerdem kommt erschwerend hinzu, dass die Mitarbeiter/innen z. T. nur wenig Zeit haben, um sich auf die veränderten Anforderungen einzustellen. So lagen z. B. in Hinblick auf das Gesetz zur Einführung eines Freibetrags in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-BRG) zwischen Verabschiedung des Gesetzes (11.11.2019) und Inkrafttreten des Gesetzes (1.1.2020) nur wenige Wochen. Gleichzeitig führte das Gesetz auch zu einer Änderung der bisherigen Grundlagen in den Berechnungsverfahren für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und einem erheblichen Umstellungsbedarfs, da erstmalig eine Beitragsanpassung nur für den Bereich der Krankenversicherung nicht aber der Pflegeversicherung galt. Des Weiteren sind Komplexitätssteigerungen und Arbeitsintensivierung auch Folge von Strategien der Produktivitäts- und Leistungssteigerungen in den Kranken- und Pflegekassen, die auf das Personal zielen. Ungewollte Überstunden jedoch selten auftreten.

Neben dem Trend einer zunehmenden Komplexität bei der Arbeit ist im Gegensatz hierzu in einigen Bereichen jedoch eine zunehmende Monotonie festzustellen. Mit der Restrukturierung und Zentralisierung von Aufgaben in themenzentrierten Servicezentren verringern sich die Einsatzfelder der hier tätigen Mitarbeiter/innen. Beschäftigte, die in zentralisierten Servicecentern arbeiten, decken (nur noch) einen spezialisierten Teilbereich ab und vermissen mitunter Aufgabenerweiterungen und Aufgabenanreicherungen.

Typisch auch für die Krankenkassen als Arbeitgeber ist, dass Fort- und Weiterbildung überwiegend vom Arbeitgeber bezahlt werden. Die Schulungen finden überwiegend während der Arbeitszeit statt, allerdings wird auch auf Fälle hingewiesen, wo Schulungen durch einen massiven Personalabbau aus Zeitmangel ausfallen müssen.

Nach allgemeiner Auffassung in verschiedenen Kassen wird nicht oder nur teilweise davon ausgegangen, dass ausreichend Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege für die Beschäftigten der Kranken- und Pflegekassen existieren. Zum einen liegt es daran, dass in kleinen Einheiten, wie z. B. in Geschäftsstellen, wenig Führungs- und Fachkräftepositionen vorhanden sind. Zum anderen gibt es einen generellen Trend zu flachen Hierarchien und zur Ausdünnung der Führungsebene, der durch den Personalabbau verursacht wird.

Kranken- und Pflegekassen verfügen häufig über ein gut ausgebautes System der Arbeitnehmervertretung. Es existieren in vielen Fällen

örtliche Personalräte in den einzelnen Geschäftsstellen. Bezirkspersonalräte decken regionale Themen ab und Hauptpersonalräte befassen sich mit überregionalen Interessen. Arbeitnehmervertreter/innen, die sich einer Gewerkschaft außerhalb des DGB verbunden fühlen oder auf der Freien Liste stehen, sind selten und ihre Anzahl ist in den letzten Jahren nur geringfügig angestiegen. In einigen wenigen Personalräten stellen sie jedoch die Hälfte und mehr der Vertreter/innen.

Tarifverhandlungen bei den Kranken- und Pflegekassen

Tarifverhandlungen werden neben ver.di mit der GdS (Gewerkschaft der Sozialversicherung) und DHV – Die Berufsgewerkschaft geführt. Bei der Techniker Krankenkasse gibt es den Verein fair in der TK (fairTK), der in Kooperation mit der GdS als eine Art Hausgewerkschaft fungieren möchte.

In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung existiert kein flächendeckender Tarifvertrag. Insgesamt handelt es sich um eine stark zersplitterte Tariflandschaft, mit Tarifverträgen für einzelne Kranken- und Pflegekassen oder Krankenkassenarten. Die AOKen haben eine Tarifgemeinschaft gebildet und es gilt ein ursprünglich am Bundesangestellten-Tarifvertrag angelehnter Tarifvertrag. Bei den Ersatzkassen existieren hingegen meistens Haustarifverträge (z. B. BARMER, DAK und TK). Bei den BKKen kommen verschiedene Tarifverträge zur Anwendung. Zum einen hat sich eine Reihe von BKKen in eine Tarifgemeinschaft zusammengeschlossen, zum anderen fallen einige BKKen unter die Tarifvertragsregelungen des Trägerunternehmens oder haben eigenständige Haustarifverträge. Die sechs IKKen haben die Tarifgemeinschaft der Innungskassen gebildet und einen gemeinsamen Manteltarifvertrag und Entgelttarifvertrag abgeschlossen. Für die KBS gilt der „Tarifvertrag für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (TV DRV KBS)“ und es wird die „Entgelttabelle Deutsche Rentenversicherung Bund“ verwendet. Für die LKK und im Bereich der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wird die Entgelttabelle TVöD-VKA verwendet. Auch der GKV-Spitzenverband verfügt über einen Haustarifvertrag.

Zwar unterscheiden sich Inhalte und Ausgestaltung von Tarifverträgen, gemeinsame Ansatzpunkte in den Tarifverträgen sind jedoch ähnliche Manteltarifverträge, Entgelterhöhungen, Vereinbarungen zur Betrieblichen Altersversorgung und Vereinbarungen in Hinblick auf einen Rationalisierungsschutz. Die Entgelttabellen der Tarifverträge sind in verschiedene Entgeltgruppen eingeteilt, die in unterschiedliche Erfahrungsstufen unterteilt sind.

Die meisten Beschäftigten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind aktuell noch in Entgeltgruppen fünf und sechs eingruppiert. Die Entlohnung in Entgeltgruppe sechs liegt auf der ersten Erfahrungsstufe bei rund 3000 Euro; die genaue Summe unterscheidet sich jedoch von Tarifvertrag zu Tarifvertrag. Sozialversicherungsfachangestellte und Kaufleute im Gesundheitswesen werden in Anschluss an die Ausbildung häufig in Entgeltgruppe V (ca. 2.900 Euro auf der ersten Erfahrungsstufen) eingeordnet. Studierte Fachkräfte starten in der Vergütungsgruppe sieben bei ca. 3.370 Euro. Pflegeberater/innen sind sogar häufig bei Vergütungsgruppe acht (entspricht 3.662 Euro auf der ersten Stufe) eingruppiert. Obwohl es in Hinblick auf die Entlohnung durchaus Unterschiede zwischen den Entgelttabellen der verschiedenen Kassen gibt, bewerten die Interviewpartner/innen die Entlohnung der Beschäftigten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung als angemessen oder teilweise angemessen.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass verstärkt sogenannte Zukunftstarifverträge verhandelt werden. Zukunftstarifverträge fokussieren auf die Herausforderungen Personalabbau, demografischer Wandel und Digitalisierung. Regelungen zum Personalabbau sind durch die Rationalisierungsbemühungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung schon lange Gegenstand von Tarifverhandlungen. Ver.di fordert in Hinblick auf den Personalabbau u. a. die soziale Absicherung von Anpassungsmaßnahmen z. B. durch Beibehaltung der Sozialauswahl (nach Lebensalter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Unterhaltspflichten und Schwerbehinderung), eine Vermeidung von Kündigungen durch Schulungs- und Bildungsmaßnahmen, Versetzungen mit Mobilitätszuschüssen und weniger Outsourcing. In Hinblick auf den demographischen Wandel wird bei Tarifvertragsverhandlungen die Durchführung von regelmäßigen Demographieanalysen als Grundlage für entsprechende Personalentwicklungsmaßnahmen gefordert. Entwicklungsmaßnahmen können z. B. im Bereich der Arbeitsorganisation, Gesundheitsförderung, Qualifizierung aber auch Vereinbarkeit von Familie und Beruf liegen. Weitere Ansatzpunkte bieten Altersteilzeitmodelle und die betriebliche Altersvorsorge. In der Vergangenheit konnten z. T. großzügige Frühverrentungsregelungen durchgesetzt werden.

4.7 Trends der Digitalisierung in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Treiber für Digitalisierungsprozesse in der Kranken- und Pflegeversicherung sind erweiterte technische Möglichkeiten, politische Initiativen und gesetzliche Vorgaben. So schreiben Gesetze Digitalisierungsprozessen vor, wie zuletzt das E-Health-Gesetz von 2017. Das Gesetz sieht u. a. die Ablösung papierbasierter Prozesse vor und führte u. a. die elektronische Gesundheitskarte ein. Anders als in anderen Zweigen der Sozialversicherung sind Digitalisierungsprozesse im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung allerdings weniger Ergebnis direkter gesetzlicher Vorgaben Automatisierung und Digitalisierung einzuführen, sondern in erster Linie ein Resultat der gesetzlich initiierten Stärkung des Wettbewerbes zwischen den Kranken- und Pflegekassen. Kranken- und Pflegekassen versuchen Digitalisierung zu nutzen, um Geschäftsprozesse zu optimieren, die Produktivität und Leistungsfähigkeit zu steigern und Kosten und den Personalbedarf zu senken. Darüber hinaus soll Digitalisierung die Servicequalität erhöhen und die Kundenbindung verbessern. Digitalisierung wird so zum Wettbewerbsfaktor zwischen den Kassen (Geißler 2017). Kranken- und Pflegekassen, die unter einem Fachkräftemangel leiden, geben auch an Digitalisierung zu nutzen, um den Mangel an Fachkräften auszugleichen.

Kranken- und Pflegekassen sind unterschiedlich weit im digitalen Transformationsprozess. Eine Umfrage von Radić u. a. (2018) unter 287 gesetzlichen und privaten Krankenkassen im Jahr 2018 hat ergeben, dass rund ein Drittel der Befragten das eigene Unternehmen im Vergleich zur Konkurrenz als eher oder deutlich zurückgeblieben im Zuge der Digitalisierung einstuft. 20 Prozent der Befragten aus dem Kreis der gesetzlichen Krankenversicherung haben angegeben, über gar keine Digitalisierungsstrategie zu verfügen. Als Hemmnisse hinsichtlich des Digitalisierungsprozesses werden rechtliche Rahmenbedingungen, Unsicherheit über Auswirkungen der Digitalisierung, mangelnde Vorbereitung durch die Leitungsebene und fehlende IT-Lösungen, IT-Standards und IT-Fachkräfte genannt. Herausforderungen im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen werden vor allem beim Datenschutz und der Datensicherheit zur Wahrung des Sozialgeheimnisses gesehen. Zum Beispiel wird die Sicherstellung des Schutzes von Kundendaten in der digitalen Kommunikation mit den Versicherten und in Hinblick auf den Datenaustausch mit den unterschiedlichen Leistungserbringern sowie die vorhandenen Speicherformen (z. B. Clouds) von einigen Kassen als unsicher eingestuft.

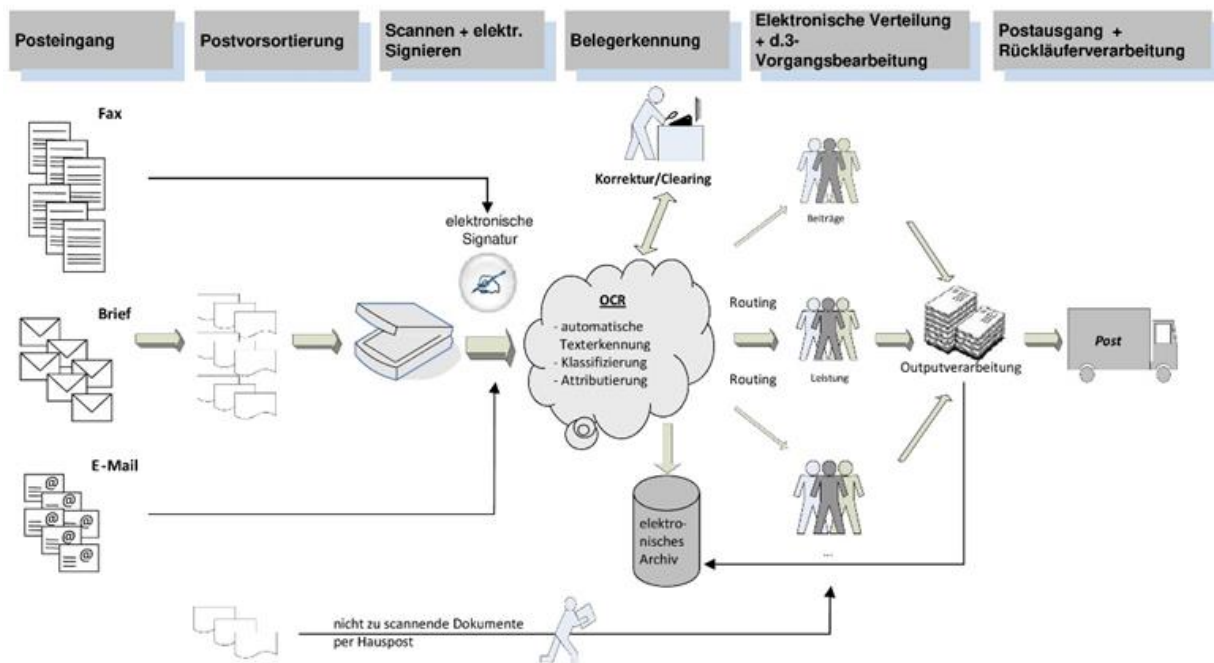
Insbesondere für kleine Kranken- und Pflegekassen spielen vor allem steigende IT-Kosten eine Rolle. Die Umfrage von Radić u. a. (2018) hat gezeigt, dass 70 Prozent der Befragten einen deutlichen Anstieg der Kosten für IT aufgrund der digitalen Transformation erwarten. Als weiterer Hemmnisfaktor wird die mangelnde Qualifizierung von Mitarbeiter/innen – insbesondere nicht ausreichende Qualifizierungsmaßnahmen um die IT umfassend zu nutzen – angegeben.

Kranken- und Pflegekassen entwickeln in der Regel nicht ihre eigenen IT-Kernanwendungen, sondern schließen sich zu Anwendergemeinschaften zusammen oder greifen auf Angebote von verschiedenen externen Dienstleistern zurück. Die regelmäßigen und kurzfristigen Anpassungen der Software, nicht zuletzt durch häufige gesetzliche Neuregelungen, übersteigen in ihrer Komplexität häufig die Möglichkeiten der eigenen IT-Abteilungen der Kassen. Externe Anbieter von Kernanwendungen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherungen sind z. B. die IT-Dienstleister AOK systems (mit der Softwareanwendung oscore) Innovas (mit Kolumbus) und Bitmarck (mit BITMARCK_21cInG).

Einer der wichtigsten Ansatzpunkte für die Digitalisierung in der Kranken- und Pflegeversicherung liegt bei der Datenverarbeitung. Der Trend geht dahin, digitale Assistenzprogramme, die bereits in der Datenverarbeitung im Einsatz sind, zu vollständig digitalen Prozessen im Rahmen der Dunkelverarbeitung auszubauen (Geißler 2017). Aufgabenfelder eines solchen digitalisierten Workflows sind z. B. die Beantragung von Leistungen, die Zahlung von Beiträgen, die Prüfungen der Zuständigkeit für einen bestimmten Fall und die sachliche und rechnerische Prüfung von Abrechnungen.

Ein weiterer Ansatzpunkt für Digitalisierungsmaßnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung ist die Speicherung von Daten und Dokumenten. Während bei den Kranken- und Pflegekassen häufig hybride Systeme mit Papierakten und digitalen Akten existieren, ist das Ziel der Kassen einen rein digitalen Aktenbestand zu erstellen. Zurzeit werden vermehrt Scanstellen eingerichtet um Dokumente, die in Papierform eingereicht werden, zu digitalisieren. Digitale Akten bringen den Vorteil mit sich, dass ortsungebundene Akteneinsichten und Aktenkopien erleichtert werden und auch Effizienzgewinne, z. B. durch eine stärkere Standardisierung der Kundenkommunikation, erreicht werden können. Abbildung 17 stellt die Organisation und den Workflow, der mit der Postverarbeitung und digitale Aktenführung zusammenhängt, graphisch dar.

Abbildung 17: Organisation und Workflow der elektronischen Postverteilung



Quelle: Neumann (o. J., S. 24)

Weitere Ansätze für Digitalisierungsstrategien befinden sich an den Schnittstellen zu den Leistungsträgern, staatlichen Akteuren (z. B. der Sozialgerichtsbarkeit) und den Versicherten. In Hinblick auf die Leistungsträger und staatlichen Akteure geht es vor allem um den Austausch von Daten. Leistungsträger sind bereits seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) verpflichtet, ihre Abrechnungsdaten elektronisch zu übermitteln oder alternativ die Kosten für die Datenerfassung zu tragen. Auch Behandlungsberichte werden elektronisch übermittelt. Von der Digitalisierung bisher allerdings ausgenommen ist die Kommunikation mit dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

An der Schnittstelle zu den Versicherten bieten alle Kranken- und Pflegekassen Informations- und Beratungsleistungen zur Versicherung und Leistungen im Internet und insbesondere auch auf Social Media Plattformen an (Behrens-Potratz/Zerres 2017). Außerdem werden gängige digitale Kommunikationswege zur Verfügung gestellt. Dokumente, wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Bestätigung für Bonusprogramme können von Versicherten digital übermittelt werden. Um den

Datenschutz zu gewährleisten, werden auch De-Mail-Verfahren in der Kommunikation zum Kunden eingesetzt. Allerdings sehen Kranken- und Pflegekassen nicht vor, das örtliche Netz von Geschäftsstellen vollständig aufzugeben. Vielmehr sollen neben online-Geschäftsstellen örtlichen Geschäftsstellen existieren, um divergierenden Kundenpräferenzen gerecht zu werden.

Infolge des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) wurde die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eingeführt. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll neben einem Schutz vor Missbrauch durch eine automatische Prüfung von Versichertendaten, auch verschiedene andere Anwendungsmöglichkeiten anbieten. Hierzu gehören die elektronische Kommunikation zwischen Leistungserbringern, die Speicherung von Notfalldaten und Medikationsplänen und Arzneimitteldaten zur Überprüfung von kritischen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten. Die Daten sollen auch für die Versicherten einsehbar sein. Tatsächlich stellt die Gesundheitskarte bisher diese Dienstleistungen allerdings noch nicht zur Verfügung.

Zunehmend bieten Kranken- und Pflegekassen auch Versicherten-Apps an. Es existieren z. B. Apps zu medizinischen Themen und Bonusprogrammen. Verstärkt werden auch Onlinekurse (z. B. Meditation, Achtsamkeitstraining oder Muskelentspannung) und andere Dienstleistungen (Informationen zum aktuellen Pollenflug, Diätpläne) über Apps angeboten. Die AOK Nordost bietet ein volldigitales Bonusprogramm an, bei dem die über Smartphone oder Wearables erfassten Aktivitätsdaten zur Bonusermittlung berücksichtigt werden. Viele Apps bieten Versicherten auch an, Dokumente oder Belege per Foto über die Handy-Kamera an die Kasse zu übermitteln. Die TK arbeitet an einer elektronischen Gesundheitsakte mit der Bezeichnung „TK-safe“. TK-safe soll den Versicherten die Möglichkeit geben, Gesundheitsdaten sowie Diagnose und Therapien, die von Ärzten/innen erstellt worden sind, einzusehen.

Kranken- und Pflegekassen erkennen durch bisherige Digitalisierungsbemühungen bereits erhebliche Aufwands- und Kostenersparnisse und wollen dementsprechend den Digitalisierungstrend fortführen und ausbauen (Geißler 2017). Ein Feld der Automatisierung, das in Zukunft stark ausgebaut werden soll, ist die automatische Beantwortung von Kundenanfragen per E-Mail, aber insbesondere auch per Telefon durch den Einsatz von Chat-Bots. Noch werden Chat-Bots von keiner Kranken- und Pflegekasse verwendet. Aktuell werden Programme des maschinellen Lernens entwickelt, so dass Algorithmen in Zukunft in der Lage sein werden, telefonische Anfragen eigenständig zu beantworten. In der Umfrage von Radić u. a. (2018) geben 91 Prozent der Befragten an,

dass die Nutzung von Chatbots zur Bearbeitung eingehender Daten ein (Zukunfts-)Trend ist (Radić 2018).

Die Digitalisierungsbestrebungen in der Kranken- und Pflegeversicherung haben verschiedene Auswirkungen auf die Arbeit der Beschäftigten. Wie bereits beschrieben führt die durch Digitalisierung ermöglichte Zentralisierung von Aufgaben in Servicecentern zu einer Zunahme der Monotonie bei der Arbeit. Außerdem resultieren Veränderungen aus dem Einsatz digitaler Assistenzprogramme und der Digitalisierung von Arbeitsschritten im Rahmen von digitalen Workflows. Ähnlich wie bei anderen Zweigen der Sozialversicherung auch führt die Digitalisierung von einfacheren Tätigkeiten zu einem Verbleib der schwierigeren Aufgaben bei den Mitarbeitern/innen und einer entsprechenden Komplexitätssteigerung und Arbeitsintensivierung.

Deutlicher als in den anderen Zweigen der Sozialversicherung zeigt sich in Gesprächen mit Mitarbeitern/innen bei den Kranken- und Pflegeversicherungen, dass Digitalisierung die Entscheidungskompetenzen der Beschäftigten einschränkt. Assistenzprogramme digitalisieren die Entscheidungsfindung und Entscheidungen, z. B. in Hinblick auf Bewilligungen, die früher von Beschäftigten getroffen wurden, werden nun durch Algorithmen herbeigeführt. Mitarbeitervertreter/innen gehen davon aus, dass es durch Digitalisierung zu einer noch weitergehenden Standardisierung von Arbeitsprozessen kommt. In Folge dieser Trends fühlen sich die Beschäftigten in ihrer Autonomie bei der Arbeit eingeschränkt. Dieser Effekt wird noch verstärkt durch die vermehrte Einholung von Gutachten durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). In diesem Zusammenhang kommt es auch zu einem Verlust der Bedeutung von Erfahrungswissen. Häufig geht mit der Digitalisierung die Befürchtung einer Überwachung der Mitarbeiter/innen einher. Hier gibt es in den Krankenkassen dank der Arbeit von Personalvertretungen sehr gute betriebliche Regelungen, die eine Auswertung von Mitarbeiterdaten zur Überwachung weitgehend einschränken.

Elektronische Akten ermöglichen bei der Kranken- und Pflegeversicherung die Flexibilisierung des Bearbeitungsstandorts und eine Bearbeitung der Akten nach freier Arbeitskapazität von Abteilungen. So ergibt sich ein kontinuierlicher Arbeitsfluss, es entfallen ungewollte Pausen und auch die Bewegung, die zuvor zum Holen und Wegstellen entsprechende Papierakten aufgewendet worden ist. Wie in anderen Zweigen der Sozialversicherung auch rückt damit die gesundheitlichen Gefährdungen einer permanenten Bildschirmarbeit immer stärker in den Fokus des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Personalvertretungen. Zum Beispiel wird versucht durch Beleuchtung am Arbeitsplatz, die Größe der Bildschirme und höhenverstellbare Schreibtische

sche und spezielle Bildschirm-Arbeitspausen die gesundheitlichen Auswirkungen abzumildern (Geißler 2017).

Problematisch für die Mitarbeiter/innen ist auch, dass das System die Anzahl der zu bearbeiteten Akten in den elektronischen Postfächern konstant hält. Das heißt, nach Bearbeitung einer Akte wird automatisch ein neuer Fall in die Postfächer gespielt. Die Beschäftigten klagen hier über das belastende Gefühl, mit der Arbeit nicht fertig zu werden. Gleichzeitig wird berichtet, dass Digitalisierung selten zu Arbeitserleichterungen und nur in einem geringen Umfang zur Reduzierung von Fehlern bei der Arbeit führt.

In Gesprächen mit Mitarbeitern/innen wird aber deutlich, dass die Beschäftigten dem Digitalisierungsprozesse überwiegend positiv gegenüberstehen. Ein großer Vorteil, der in der Digitalisierung gesehen wird, ist die Möglichkeit im Home-Office oder in alternierender Telearbeit zu arbeiten. Viele Kranken- und Pflegekassen bieten diese Option für ihre Beschäftigten an. Zunehmend ist Home-Office und alternierende Telearbeit auch Regelungsgegenstand von Tarif- und Betriebsvereinbarungen in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Mitarbeitervertreter/innen erwarten, der Anteil von digitalen Arbeitsinhalten in den Kranken- und Pflegekassen weiter rasch ansteigen wird. Damit einher geht die Vermutung, dass die Anzahl der Beschäftigten sich bereits in naher Zukunft weiter sinkt. Insbesondere wird erwartet, dass der Bedarf an Personal in der Sachbearbeitung deutlich zurückgehen wird.

Personal, das früher mit der Registratur der Papierakten beschäftigt war, wurde bereits größtenteils abgebaut. Zum Teil wurde das Personal, wie auch bei den Trägern der Rentenversicherung, umgeschult und zum Scannen der in Papierform eingehenden Dokumente eingesetzt.

Obwohl große Teile der IT outgesourct und von externen Dienstleistern angeboten werden, wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an internen IT-Fachkräften langfristig ansteigen wird, um die interne technische Infrastruktur in den Kassen zu betreuen.

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf den Kontakt der Beschäftigten mit Versicherten werden kontrovers diskutiert. Während häufig die Meinung vertreten wird, dass der persönliche Kundenkontakt stark zurückgehen wird, sehen andere in der Digitalisierung von einfachen und wiederkehrenden Arbeiten eine Möglichkeit, Zeitfenster bei der Arbeit der Beschäftigten zu schaffen, die für eine intensivere Betreuung von Versicherten genutzt werden können.

Die Umfrage von Radić (2018) hat ergeben, dass fast alle Krankenversicherungen Beschäftigte schulen, um sie auf den Transformationsprozess vorzubereiten. Demnach bieten 93 Prozent der Krankenkassen

interne Schulungen und 63 Prozent E-Learning-Kurse an. Es besteht Konsens, dass in der Schulung des Personals eine Grundvoraussetzung liegt, um die digitalen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen zu stärken. Berücksichtigt werden muss aber, dass die Schnelllebigkeit von Programmen und Themen eine ständige Neueinarbeitung verlangen.

Der Ansatz Digitalisierung im Rahmen von Mitbestimmung auszugestalten und zu steuern, schlägt sich in der größeren Zahl von Betriebs- und Tarifvereinbarungen nieder. Forderungen, die in diesen Bereich fallen, sind ein Qualifizierungsanspruch für die Beschäftigten in der Arbeitszeit und die kostenfreie Bereitstellung erforderlicher Arbeitsmittel. Gleichzeitig soll einer Abwertung von Arbeitsplätzen im Rahmen der Digitalisierung durch ein Rückgruppierungsschutz vorgebeugt werden. Auch sollen Gesundheitsschutz in Bezug auf die zunehmende Bildschirmarbeit und Ruhezeiten durch die Gefahr der ständigen Erreichbarkeit abgesichert werden. Demgegenüber sollen Vorteile, die sich aus der Digitalisierung für die Beschäftigten ergeben können, weiterverfolgt und ausgebaut werden. Hierunter fällt vor allem die Flexibilisierung des Arbeitsortes und der Arbeitszeit. Durch mobile Arbeit soll z. B. eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht werden.

4.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland steigen rapide an. Im Jahr 2017 sind die Ausgaben gegenüber 2016 insgesamt um 4,7 Prozent (16,9 Milliarden Euro) angestiegen. Die Ausgaben der Pflegeversicherung sind innerhalb dieses Zeitraums sogar um 26,4 Prozent angestiegen. Außerdem wird mit einer stark steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen gerechnet. Die Zahl der aktuell 3,7 Mio. Pflegebedürftigen soll allein bis zum Jahr 2030 auf 4,8 Mio. ansteigen (Bundesministerium für Gesundheit 2020b).

Es wird davon ausgegangen, dass vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem weiteren medizinischen und technischen Fortschritt auch die Kosten im Gesundheitssystem weiter ansteigen werden. Mit einem Ausgabenanteil von 57 Prozent ist die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Insbesondere durch eine Stärkung des Wettbewerbes zwischen den Kranken- und Pflegeversicherungen hat die deutsche Gesundheitspolitik in der Vergangenheit versucht, Kostensenkungen im

Gesundheitssystem durchzusetzen. Gleichzeitig wurde die Selbstverwaltung in der Kranken- und Pflegeversicherung massiv beschnitten. Macht und Einfluss der entsprechenden Gremien wurde zugunsten der staatlichen Entscheidungsbefugnisse eingeschränkt. Langfristig muss sich allerdings die Frage gestellt werden, ob die Fokussierung auf Wettbewerb vor dem Hintergrund immer weiter steigender Ausgaben, der richtige Ansatzpunkt ist.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung und die in ihnen beschäftigten Personen hat die Strategie der Förderung des Wettbewerbes unter den Kassen massive Auswirkungen. Zwar spielen Verbesserungen in der Qualität des Kundenservices eine Rolle, in erster Linie wird der Wettbewerb jedoch über Preise ausgetragen und der Kostendruck nimmt stetig zu.

Folge des wirtschaftlichen Drucks sind u. a. weitreichende Konzentrationsprozesse in der Kranken- und Pflegeversicherung. Das Paradigma der Kostensenkung führt außerdem zu einem Abbau von Personal in den Kassen, obwohl die Anzahl der Versicherten und Leistungsempfänger deutlich ansteigt. In der Vergangenheit wurde der Personalabbau sozialverträglich und häufig über Modelle der Frühverrentung ausgestaltet.

Der knappe Personaleinsatz führt zu einer Zunahme der Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung bei allen Beschäftigten. Gleichzeitig führt der Fokus auf Leistungs- und Produktivitätssteigerungen bei den Beschäftigten zunehmend zu Unzufriedenheit und Stress. Der Druck zur Kostensenkung bewirkt, dass bei der Leistungsvergabe zunehmend wirtschaftliche Zielgrößen eine Rolle spielen. Für die Mitarbeiter/innen kann dies bedeuten, Leistungsentscheidungen nicht nach Kriterien der bestmöglichen Versorgungsqualität, sondern nach Kostengesichtspunkten treffen zu müssen.

In der Digitalisierung wird eine bedeutende Möglichkeit gesehen, Kosten zu senken und die Produktivität von Kranken- und Pflegekassen zu erhöhen. Durch den hohen Anteil an Sachbearbeitungsaufgaben wird das Substituierbarkeitspotenzial von Beschäftigten bei Kranken- und Pflegeversicherungen als hoch eingeschätzt. Da bisher jedoch noch wenig vollständig digitalisierte Arbeitsabläufe (Workflows) im Einsatz sind, sind tatsächliche Substitutionseffekte erst selten eingetreten. Hinzu kommt, dass die Effizienzgewinne noch nicht in voller Größe sichtbar sind, da die Zahl der Versicherten angestiegen ist.

Anzeichen sind bereits erkennbar, dass durch die Automatisierung von einfachen Tätigkeiten die Komplexität und die mentale Beanspruchung bei der Arbeit der Beschäftigten zunehmen. Gleichzeitig schränken Assistenzprogramme die Entscheidungsspielräume der Mitarbei-

ter/innen ein. Mit dem Rückgang der Entscheidungskompetenzen geht eine Abnahme der Autonomie bei der Arbeit für die Beschäftigten einher.

Insgesamt ergibt sich für die gesetzliche Krankenversicherung das Bild, dass ehemals recht gute Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Zuge eines verstärkten Kostendrucks durch den Wettbewerb zwischen den Kassen zunehmend unter Druck geraten. Es sind Tendenzen zu erkennen, dass mit zunehmendem Arbeitsdruck und Unzufriedenheit der Identifikationsgrad mit dem Arbeitgeber absinkt. Für Gewerkschaften kann das Spielräume eröffnen, Mitarbeiter/innen der gesetzlichen Krankenversicherung für die gewerkschaftliche Arbeit zu interessieren.

5. Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Unfallkassen als Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung

Mit der Industrialisierung und dem zunehmenden Einsatz von Maschinen sowie durch mangelnde Sicherheitsvorkehrungen stieg die Zahl der Arbeitsunfälle in Industriebetrieben Ende des 19. Jahrhunderts. Die Folge waren vielfach schwere Verletzungen und dauerhafte Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit für die Beschäftigten. Das Reichshaftpflichtgesetz von 1871, das die Unternehmer/innen zum Abschluss einer privaten Versicherung zu Gunsten der Arbeiter/innen verpflichtete, wurde dem Anspruch eines ausreichenden Schutzes nicht gerecht. Im Jahr 1884 wurde schließlich das Unfallversicherungsgesetz eingefügt, das ein Jahr später in Kraft getreten ist. Das Gesetz, auf das die heutige GUV zurückgeht, sah eine öffentlich-rechtliche Unfallversicherung vor, die Beschäftigte im Schadensfall entschädigt. Die Finanzierung erfolgte durch die Unternehmen, die im Gegenzug von ihren Schadensersatzpflichten aus dem Reichshaftpflichtgesetz freigestellt wurden (u. a. DGUV 2010). Dieser Hintergrund erklärt, dass im Gegensatz zu anderen Zweigen der Sozialversicherung die GUV auch heute noch im Sinne einer Haftpflichtversicherung konstruiert ist, die den Schaden auf Seiten der Geschädigten ausgleicht und gleichzeitig das Unternehmen von seiner Haftung im Schadenfall freistellt. Daraus ergibt sich ein wesentlicher Unterschied zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung, da die Beiträge ausschließlich durch die Arbeitgeber/innen bzw. die Unternehmen getragen werden.

5.1 Leistungen und Tätigkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Unfallversicherung sind im SGB VII aufgeführt. Sie soll Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten, nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherstellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen entschädigen. Die GUV schützt damit Arbeitnehmer/innen sowie deren Angehörigen vor den Folgen von Arbeitsunfällen bzw. ergreift Maßnahmen, um diese bereits im Vorfeld zu vermeiden.

Die Aufgaben der GUV lassen sich in drei Bereiche aufteilen: Prävention, Rehabilitation und Entschädigung.

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (Auszug)

- Heilbehandlungsmaßnahmen und medizinische Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Geldleistungen an Versicherte (z. B. Rentenleistungen oder Lohnergänzungen)
- Hinterbliebenenleistungen (z. B. Witwen-/Witwer- und Waisenrenten)

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, mit Heilbehandlungsmaßnahmen und medizinischer Rehabilitation die Gesundheit der Versicherten mit allen Mitteln wiederherzustellen, die Versicherten nachhaltig in den Arbeitsprozess wiederenzugliedern und eine Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu ermöglichen. Dafür planen, koordinieren und begleiten Rehabilitationsmanager/innen die medizinische Rehabilitation und Leistungen mit individuellen Reha-Plänen. Zusätzlich hat die GUV bundesweit Krankenhäuser, Kliniken und besonders qualifizierte Ärzte/innen (sog. Durchgangsärzte/innen) in ihre stationären Heilverfahren (Stationäres Durchgangsarztverfahren, Verletzungsartenverfahren und Schwerstverletzungsartenverfahren) eingebunden und betreibt eigene medizinische Versorgungseinrichtungen, die sog. BG Kliniken, mit spezifischen Kompetenzen in der Versorgung von Unfallopfern und Menschen mit Berufskrankheiten.¹⁶ Außerdem bietet die GUV Leistungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz an, bspw. durch Beratung, Arbeitsassistenten oder Neu- und Weiterqualifizierung.

Sollten die Reha-Maßnahmen nicht erfolgreich sein, erhalten die Versicherten bei dauerhaften Minderungen der Erwerbsfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls sowie bei Berufskrankheiten Entschädigungsleistungen (Renten). Sollte in erheblichem Umfang Pflegebedarf bestehen, zahlt die GUV Pflegegeld, um pflegebedingte Mehraufwendungen abzugelten. Im Falle eines tödlichen Unfalls oder einer tödlichen Berufskrankheit sichert die GUV die Hinterbliebenen ab. Dabei handelt es sich u. a. um Hinterbliebenenrenten, Sterbegeld und Überführungskosten. Im Rahmen dieser Leistungen stellen die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger den Versicherungsschutz und die Zuständigkeit fest, führen ggf. Ermittlungen (mit vertiefter rechtlicher Würdigung), veranlassen Begutachtungen und Gutachterausswertungen und prüfen Rechnungen. Unterstützt werden sie dabei von den Präventionsdiensten

¹⁶ Aufgrund der stark abweichenden Tätigkeiten und Berufe wurde der Bereich der BG Kliniken in dieser Studie nicht untersucht.

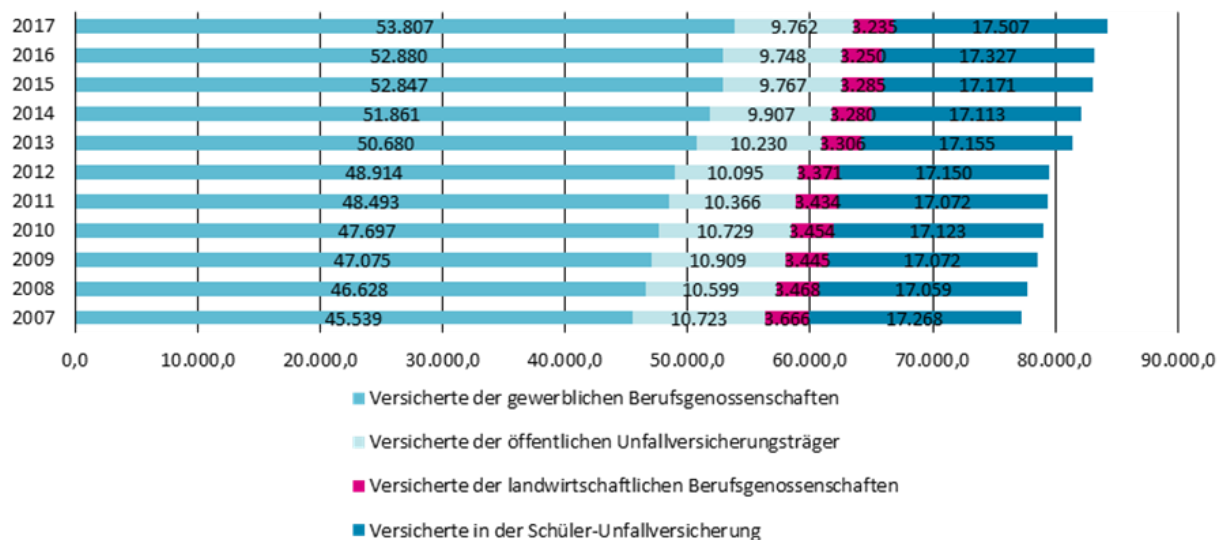
der GUV, die mit Arbeitsmedizinern/innen, Naturwissenschaftlern/innen, Ingenieuren/innen und Technikern/innen zahlreicher Fachrichtungen spezifische Fachkenntnisse zuliefern können.

Die in der GUV versicherten Personen sind in § 2 SGB VII und in den Satzungen der Unfallversicherungsträger festgelegt. Versichert sind alle Beschäftigten in gewerblichen und im öffentlichen Dienst. Neben den Beschäftigten ist der Schutz der GUV ausgeweitet auf weitere Gruppen. So gehören Kinder, Jugendliche und Studierende ebenfalls zum Kreis der Versicherten, wenn sie eine Betreuungseinrichtung, Schule oder Universität besuchen. Der Versicherungsschutz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung betrifft auch Beschäftigte, beruflich Lernende, Teilnehmer/innen an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Zusätzlich fallen Personen, die im Interesse der Allgemeinheit tätig sind – vor allem ehrenamtlich Tätige in Bund, Länder und Gemeinden sowie im Zivildienst (Freiwillige Feuerwehren, Rettungsdienste etc.) – unter den Versicherungsschutz. Weitere per Gesetz versicherte Personen sind Unternehmer/innen, die im Gesundheitsdienst oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind (bspw. Physiotherapeuten/innen oder Hebammen) sowie Selbstständige in der Landwirtschaft.

Die Zahl der Versicherten betrug am 31. Dezember 2017 84,3 Millionen.¹⁷ Sie setzt sich zusammen aus 53,8 Millionen Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft, 9,8 Millionen Versicherten der öffentlichen Hand, 3,2 Millionen Versicherten in der Landwirtschaft und 17,5 Millionen Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung. Die Zunahme der Versichertenzahlen zwischen 2007 und 2017 beträgt 14 Prozent. Diese Entwicklung wird vor allem durch den starken Zuwachs der Beschäftigtenzahlen getragen, in der gewerblichen Wirtschaft ist ein Plus von 18 Prozent zu verzeichnen. Im landwirtschaftlichen Bereich hingegen ging die Zahl der Versicherten um 12 Prozent zurück und die Zahl der Versicherten bei den öffentlichen Unfallversicherungsträgern nahm um 9 Prozent ab.

17 Nach Aussage der DGUV ist ein Vergleich der Zahlen für 2018 mit den Vorjahren nur sehr eingeschränkt möglich, da die Meldung der Entgelte und der Arbeitszeiten durch die Unternehmen an die gesetzliche Unfallversicherung für das Jahr 2018 erstmals ausschließlich digital möglich war. Um aussagekräftige Vergleiche und die Darstellung der Entwicklung über die Zeit zu ermöglichen, werden deshalb bei Vergleichen in diesem Kapitel nur Zahlen bis 2017 verwendet. Die aktuelleren Zahlen von 2018 werden verwendet, wenn Status-Quo-Betrachtungen vorgenommen werden.

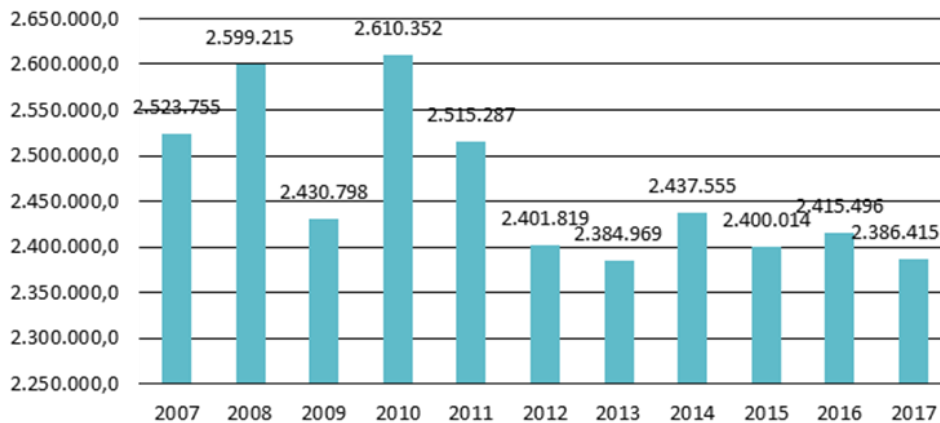
Abbildung 18: Entwicklung Versichertenzahlen in der GU, 2007–2017



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Statista (2020a, 2020b, 2020c und 2020d)

Versicherungsfälle sind Arbeits- und Schulunfälle sowie Berufskrankheiten. Die Unfälle umfassen nicht nur die bei der eigentlichen (Arbeits-) Tätigkeit erlittenen Unfälle, sondern ebenso sog. Wegeunfälle, die Beschäftigte oder Schüler/innen auf dem Weg zur oder von der Arbeit oder Bildungseinrichtung erleiden. Berufskrankheiten sind Krankheiten, an denen die Versicherten durch ihre die Arbeit erkranken und die entweder in der Berufskrankheiten-Verordnung bezeichnet oder nach neuen medizinischen Erkenntnissen durch den Beruf verursacht sind. Um als Versicherungsfall zu gelten, muss ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit, Unfallgeschehen und dem Gesundheitsschaden bestehen.

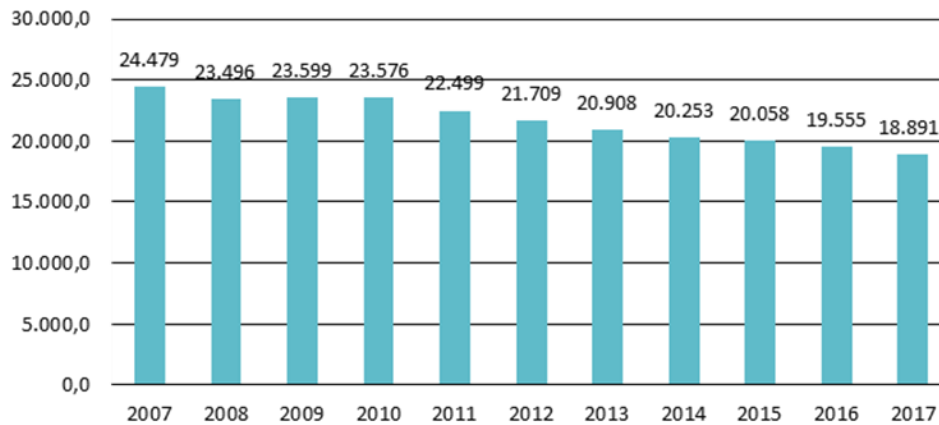
Abbildung 19: Entwicklung der meldepflichtigen Arbeits-, Wege- und Schülerunfälle der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, 2007–2017



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2018a, S. 18–19).

Die Zahl der gemeldeten Arbeits-, Wege- und Schülerunfälle ist seit Jahren rückläufig. Zwischen 2007 und 2017 sind sie um fünf Prozent gesunken, gegenüber 1997 sogar um 27 Prozent. Eine ähnliche rückläufige Entwicklung liegt bei den Unfallrenten vor. Sie nahmen zwischen 2007 und 2017 deutlich ab und lagen mit 18.981 Fällen in 2017 23 Prozent unter den Zahlen von 2007. Ebenso verhält es sich mit den tödlichen Arbeitsunfällen. Sie sind zwischen 2007 und 2017 mit –27 Prozent und zwischen 1997 und 2017 sogar um fast zwei Drittel zurückgegangen.

Abbildung 20: Entwicklung neuer Unfallrenten in den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, 2007 bis 2017



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2018a, S. 30–31).

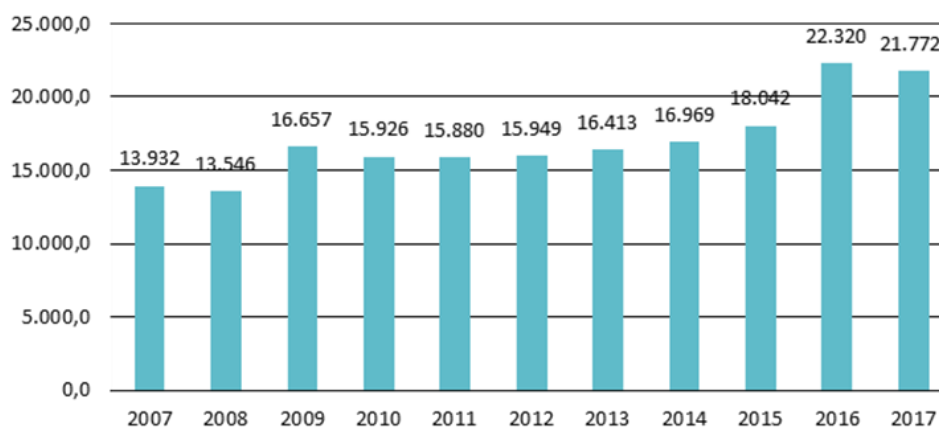
Der Rückgang der Arbeitsunfälle und Unfallrenten beruht auf zwei wesentlichen Entwicklungen. Durch den Strukturwandel verschieben sich die Tätigkeiten zwischen Industriebranchen und Dienstleistungen. An den Risikoklassen (vgl. Kapitel 5.3) erkennt man, dass dadurch auch die Fallzahlen rückläufig sind. Außer dem Wandel der Wirtschaftsstruktur hat die zunehmende Prävention positive Wirkung. Die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten hat über die Zeit immer stärker an Bedeutung gewonnen. Laut SGB VII haben die Träger der GUV mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeits- und Wegeunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Der Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (fortan DGUV) selbst bezeichnet die Verhütung von Unfällen als eine der wichtigsten Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung – Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (fortan UVMG) hat die DGUV eine Präventionsstrategie festgelegt, mit dem Ziel die Arbeitswelt so zu gestalten, dass alle Unfälle und Berufskrankheiten vermieden werden (sog. „Vision Zero-Strategie“). In diesem Zusammenhang wurden mehrere Projekte aufgelegt, um die Prävention in den Unternehmen zu stärken, u. a. wurde in 2015 eine mehrjährige Kampagne gestartet, um eine innerbetriebliche Kultur der Prävention zu etablieren (DGUV 2015, 2018b, 2019). In diesem weiten Feld umfassen die Leis-

tungen der GUV Beratung und Qualifizierung (auf Anforderung), Information- und Präventionskampagnen, betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, aber auch Forschung und Modellprojekte, sowie die Bereitstellung und Überwachung von Vorschriften und Regelwerken (§§ 1 Nr. 1 und 14 Abs. 1 S. 1 SGB VII).

Forschung wird dabei durch zahlreiche Institute betrieben, wie das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA), das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG), das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IPA) sowie weitere Forschungsinstitute für branchenspezifische Bereiche, die bei den Berufsgenossenschaften angesiedelt sind.

Die Entwicklung zu mehr Prävention lässt sich anhand der zunehmenden Ausgaben im Bereich der Prävention belegen. Zwischen 2007 und 2017 sind die Aufwendungen aller Unfallversicherungsträger in diesem Bereich um 43 Prozent auf 1,26 Milliarden Euro gestiegen, gegenüber 1997 haben sie sich fast verdoppelt. Diese Kosten umfassen nur die Steuerungskosten der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, die Durchführungskosten der Unternehmen sind nicht erfasst. Somit liegen die aufgewendeten Summen insgesamt höher.

Abbildung 21: Entwicklung der Berufskrankheiten aller Unfallversicherungsträger, 2007–2017



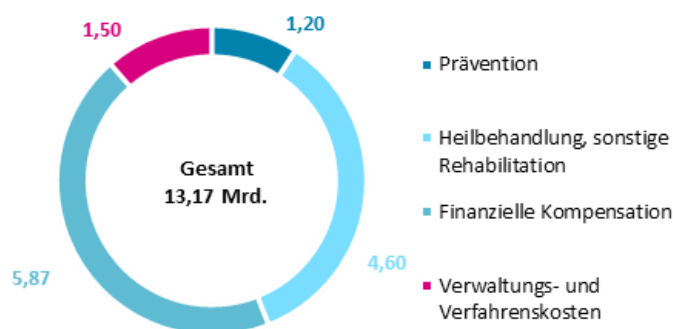
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019, S. 165)

Entgegen dem Trend der Arbeitsunfälle und Unfallrenten entwickelt sich die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten. Auch sie war lange rück-

läufig und stabilisierte sich ab 2009 bei ca. 16.000 anerkannten Berufskrankheiten pro Jahr. Seit 2014 ist jedoch ein starker Anstieg zu beobachten. Gegenüber dem Jahr 2007 ist z. B. ein Anstieg von 56 Prozent zu beobachten. Der Anstieg lässt sich fast ausschließlich auf einen Anstieg der Hautkrankheiten zurückführen.

Die Verteilung der Aufwendungen der Unfallversicherungsträger zeigt, dass die Rehabilitations- und die Entschädigungsleistungen im Verhältnis weiterhin den größten Teil der Tätigkeit und der Kosten der GUV ausmachen.

Abbildung 22: Aufwendungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2017, in Milliarden Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020)

Im Ergebnis gibt es hinsichtlich der Tätigkeiten und Leistungen gegenläufige Entwicklungen in der GUV. Einerseits steigen die Versicherungsverhältnisse deutlich mit 20 Prozent zwischen 2007 und 2017 (inklusive der Schüler-Unfallversicherung) auf fast 92 Millionen an, ebenso erhöhte sich die Zahl der versicherten Unternehmen und Einrichtungen auf über 4 Millionen (+13 Prozent). Andererseits nehmen die meldepflichtigen Unfälle im gleichen Zeitraum um 5 Prozent ab (2017: 48,39 Millionen) und auch die Zahl der neuen Unfallrenten ist zwischen 2008 und 2018 um 23 Prozent gesunken (2017: 18.891 neue Unfallrenten, inklusive Schul- und Wegeunfälle). Nach einer langen, stabilen Entwicklung bei den Berufskrankheiten ist ihre Zahl hingegen in den letzten Jahren, ca. seit 2014, wieder angestiegen (+56 Prozent zwischen 2007 und 2017).

Diese Entwicklungen haben die Anteile der Tätigkeiten und Leistungen der GUV bereits verändert und es wird in Zukunft wahrscheinlich zu weiteren Verschiebungen zwischen den Bereichen, und damit den Aufgaben und der Aufgabenverteilung, innerhalb der Unfallversicherungsträger kommen.

5.2 Die Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Trägerstruktur der gesetzlichen Unfallversicherung ergibt sich aus dem SGB VII, hier wird die Zuständigkeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften festgelegt, sofern nicht abweichend die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft oder die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zuständig sind. Die GUV lässt sich in drei große Bereiche einteilen, die gewerbliche Unfallversicherung, die öffentliche Unfallversicherung und die landwirtschaftliche Unfallversicherung. Die aktuell neun gewerblichen Berufsgenossenschaften und die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft bilden in ihrer Zuständigkeit die verschiedenen privat- und landwirtschaftlichen Branchen und Betriebe nach. Daneben gibt es die Versicherungsträger der öffentlichen Hand (16 Unfallkassen, vier Feuerwehr-Unfallkassen, drei Gemeindeunfallversicherungsverbände und die Unfallversicherung Bund und Bahn), die neben den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes auch Schüler/innen und ehrenamtlich tätige Personen absichern. Insgesamt gibt es aktuell 34 Träger in der GUV. Weist ein Unternehmen Bestandteile aus mehreren Branchen auf, die verschiedenen Berufsgenossenschaften angehören, ist die Branchenzugehörigkeit des Unternehmensschwerpunktes maßgeblich. Die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand bestimmt sich nach dem Territorium, für das sie zuständig sind (Bundesgebiet, Bundesland oder Kommune). Ein Wechsel zwischen den Trägern der GUV ist folglich nur möglich, wenn sich der unternehmerische Schwerpunkt oder die geographische Zuordnung ändert.

Abbildung 23: Struktur der Unfallversicherungsträger

Gewerbliche Berufsgenossenschaften	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	Unfallkassen der Länder und Gemeinden und Gemeindeunfallversicherungsverbände	Unfallversicherung Bund und Bahn	Feuerwehr-Unfallkassen
BG Rohstoffe und chemische Industrie		Unfallkasse Baden-Württemberg		Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg
BG Holz und Metall		Kommunale Unfallversicherung Bayern		Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse
BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse		Bayerische Landesunfallkasse		Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen
BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe		Unfallkasse Berlin		Feuerwehr-Unfallkasse Mitte
BG der Bauwirtschaft		Unfallkasse Brandenburg		
BG Handel und Warenlogistik		Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen		
Verwaltungs-BG		Unfallkasse Hessen		
BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation		Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern		
BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege		Landesunfallkasse Niedersachsen		
		Unfallkasse Nord		
		Unfallkasse Nordrhein-Westfalen		
		Unfallkasse Rheinland-Pfalz		
		Unfallkasse Saarland		
		Unfallkasse Sachsen		
		Unfallkasse Sachsen-Anhalt		
		Unfallkasse Thüringen		
		Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband		
		Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover		
		Gemeinde-Unfallversicherungsverband Oldenburg		

Quelle: eigene Darstellung

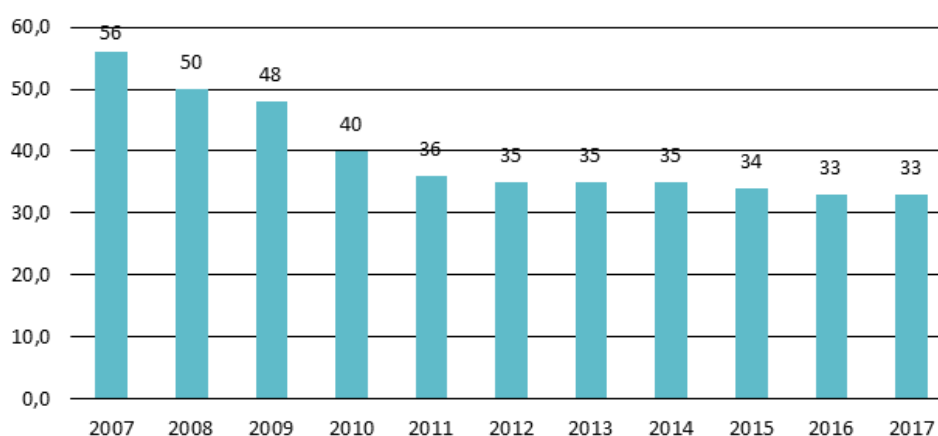
Die aktuelle Struktur und Zahl der Unfallversicherungsträger ist die Folge einer von Politik und Selbstverwaltung vor längerer Zeit begonnenen Neustrukturierung der Trägerlandschaft, um den Veränderungen der Wirtschaftsstruktur Rechnung zu tragen und die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit der GUV sicherzustellen (Wellmann/Lempert-Horstkotte 2009). Mit gesetzlichen Vorschriften bis Ende 2009 bzw. bis Anfang 2011 wurden Fusionen der Berufsgenossenschaften erzwungen oder die Träger kamen gesetzlichen Regelungen durch freiwillige Fusionen zuvor. Das 2008 verabschiedete UVMG nahm dabei eine zentrale Rolle ein. Es sah als Zielzahl von neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie eine Reduktion der Trägerzahl auf Bundesebene von drei Unfallkassen auf eine Unfallkasse vor. Parallel dazu hat sich im Bereich der landwirtschaftlichen Träger die Zahl von acht regionalen Berufsgenossenschaften und einer bundesweiten Berufsgenossenschaft durch Eingliederung auf einen Träger, die Landwirtschaftliche Berufsgenossen-

schaft, reduziert. Eine Reform des Leistungsrechts wurde im Zuge des UVMG nicht vorgenommen.

Durch die Fusion hat sich die Zahl der gewerblichen, landwirtschaftlichen und öffentlichen Unfallversicherungsträger seit 2004 wesentlich reduziert. So kam es durch das Gesetz zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-NOG) im Jahr 2015 zur Fusion der Unfallkasse des Bundes und der Eisenbahn-Unfallkasse zur Unfallversicherung Bund und Bahn und im Jahr 2016 zur Fusion der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft mit der Unfallkasse Post und Telekom zur neuen Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017).

Der DGUV ist der Spitzenverband und die Interessenvertretung der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Entstanden ist er 2007 aus dem Zusammenschluss vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. und Bundesverband der Unfallkassen e. V., politisches Ziel einer Zusammenlegung war u. a. Synergiepotenziale zu nutzen (Wellmann/Lempert-Horstkotte 2009). Die landwirtschaftliche Genossenschaft ist in die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau integriert, die ab 2013 den ehemaligen Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ersetzt hat.

Abbildung 24: Anzahl der Unfallversicherungsträger, 2007–2017



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020)

Anmerkung: ohne landwirtschaftliche Genossenschaft(en)

Wie auch in den anderen Sozialversicherungszweigen findet bei der GUV das Selbstverwaltungsprinzip Anwendung. Seit 1951 sind die Versicherten mit den Arbeitgebern paritätisch an der Selbstverwaltung der Träger und den Verbänden DGUV und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau beteiligt und wirken so an den grundlegenden Entscheidungsprozessen mit. Nach SGB IV sind eine Vertreterversammlung und der Vorstand die zentralen Selbstverwaltungsorgane, in denen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter/innen Einfluss auf verbindliche Rechtsnormen – wie die Satzung und Unfallverhütungsvorschriften, die Leistungen, die Beiträge, den Haushalt und die Stellenpläne der Unfallversicherungsträger – nehmen. Die entsandten Vertreter/innen werden durch die Sozialwahl, die zuletzt 2017 stattfand, gewählt. Zusätzlich gibt es eine/n hauptamtliche/n Geschäftsführer/in, der/die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte zuständig ist, sowie Ausschüsse, die Entscheidungen der Vertreterversammlung und des Vorstandes vorbereiten.

Die DGUV führt die bisherigen Erfolge der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Selbstverwaltungen zurück, da durch die paritätische Besetzung der Organe eine hohe Branchenkompetenz und Praxisnähe sichergestellt ist (DGUV 2018b, BETEM o. J.). Auch die befragten Experten/innen bestätigten die Vorteile der branchenspezifischen Erfahrungen in den Unfallversicherungsträgern und hoben u. a. die Transparenz der Entscheidungsfindung, für die Versicherten und auch für die Beschäftigten, positiv hervor.

5.3 Die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung

In der GUV ist der Versicherungsschutz für die Versicherten beitragsfrei. Durch ihre Konstruktion als Haftpflichtversicherung der Unternehmen trägt sich die gesetzliche Unfallversicherung allein aus Beiträgen der Mitgliedsunternehmen und damit der Arbeitgeber/innen. Bei den Unternehmen im gewerblichen Bereich und den Mitgliedsunternehmen bei den öffentlichen Versicherern (bspw. ÖPNV, Wasserversorgung etc.) richten sich die Beiträge nach der Höhe der Arbeitsentgelte und einer Gefahrklasse, zu der die Unternehmen zugeordnet sind. Die Gefahrklasse ist abhängig von der Höhe der Unfallgefahr in den Unternehmen und den von den zuständigen Unfallversicherungsträgern gezahlten Leistungen. Mit steigender Unfallgefahr im Gewerbebereich steigt auch die Höhe der Beiträge. Dadurch wird den Risiken der Gewerbebereiche Rechnung getragen, die je nach versicherten Tätigkeiten unterschiedlich

hoch sind. Diese risikoorientierte Verteilung zeigt sich auch in der Höhe der Beiträge. Die Beiträge lagen in 2017 bspw. bei 0,75 Prozent im Bereich der Wohlfahrtspflege und im Bereich der BG Bau wegen des höheren Risikos bei 3,56 Prozent. Ein einheitlicher Wert lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Gefahrklassen nicht nennen, 2017 lagen die Beiträge durchschnittlich bei 1,16 Prozent. Sie können sich auch innerhalb eines Unfallversicherungsträgers unterscheiden. So lagen in der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege die Beiträge im Jahr 2019 pro 100 Euro Entgelt je nach Gefahrklasse zwischen 37 Cent und 2,02 Euro Beitrag.

In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gelten besondere Beitragsmaßstäbe, die sich überwiegend nach den Flächen- und Ertragswerten der landwirtschaftlichen Unternehmen richten. Die öffentlichen Unfallversicherungsträger finanzieren ihre Ausgaben im nicht-betrieblichen Bereich, bspw. den Bildungseinrichtungen und bei ehrenamtlichen Tätigkeiten, aus Haushaltsmitteln (Steuern).

Die Beiträge der Unfallversicherungsträger werden in einem Verfahren der „nachträglichen Bedarfsdeckung“ erhoben. Dabei werden die Ausgaben des vorangegangenen Kalenderjahres auf die Mitgliedsunternehmen umgelegt. Die Beiträge richten sich nach den realen Kosten des vergangenen Jahres. Damit tragen die Unternehmen die Schäden nicht individuell, sondern wie in anderen Zweigen der Sozialversicherung werden die Kosten und das Risiko in den jeweiligen Gewerbezweigen kollektiviert. Zusätzlich gibt es ein Verfahren des Lastenausgleichs, dass den Folgen des Strukturwandels Rechnung tragen soll. In schrumpfenden Branchen müssen neben den Kosten für die aktuellen Risiken auch Kosten für zurückliegende Unfälle und Erkrankungen finanziert werden. Diese wurden durch eine ehemals höhere Anzahl von Unternehmen in der Branche verursacht und müssten nun durch stark steigende Beiträge finanziert werden. Durch den Lastenausgleich werden diese Kosten, v. a. Rentenlasten über alle Gewerbezweige verteilt und eine übermäßige Belastung einzelner Gewerbezweige vermieden.

5.4 Gesetzliche Regelungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung sind im SGB VII von 1996 und in den gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung des SGB IV geregelt. Mit dem SGB VII wurden die Prinzipien der gesetzlichen Unfallversicherung vom Gesetzgeber bestätigt und die Aufgaben, die Finanzierung sowie Struktur und Organisation der GUV

festgelegt. Gleichzeitig wurde der Präventionsauftrag an die Unfallversicherungsträger durch das SGB VII und das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) um die Abwehr arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erweitert, wodurch bspw. Rückenleiden oder psychische Belastungen erfasst werden. Darüber hinaus wurde eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen staatlichen Arbeitsschutzbehörden und den Berufsgenossenschaften ermöglicht. Außerdem ist das SGB VII die Ermächtigungsgrundlage für zwei weitere wesentliche gesetzliche Regelungen für den Bereich der GUV: die aktuelle Berufskrankheiten-Verordnung (fortan BKV), die am 1. Dezember 1997 in Kraft trat und zuletzt 2017 geändert wurde, sowie die Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung (UVAV) vom 1. August 2002. In der BKV werden die anerkannten Berufskrankheiten definiert und sie ist damit wesentlich für die Arbeit der Unfallversicherungsträger. Zuletzt wurde im Juli 2017 die BKV zum vierten Mal geändert und die Liste der Berufskrankheiten erweitert. Die Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung (UVAV) regelt u. a. die Anzeige von Unfällen und Berufskrankheiten, die Gestaltung von Vordrucken und bildet die rechtliche Voraussetzung für eine elektronische Anzeigenübermittlung.

Die letzte umfangreichere gesetzliche Regelung war das UVMG von 2008. Dieses Gesetz hat zum einen die Fusionen der Unfallversicherungsträger und damit die Reduktion der ihrer Anzahl eingeleitet (vgl. Kapitel 5.2). Zum anderen hat es das SGB VII hinsichtlich des Systems des Lastenausgleichs an die Folgen des Strukturwandels angepasst (vgl. Kapitel 5.3). Des Weiteren regelt das Gesetz die Abstimmung zwischen staatlichem Arbeitsschutz und Prävention durch die GUV. Die Unfallversicherungsträger sind eng in das Arbeitsschutzsystem der Bundesrepublik Deutschland eingebunden: Sie können Arbeitsschutzrecht setzen, indem sie Unfallverhütungsvorschriften erlassen und durch ihre Präventionsdienste deren Einhaltung durch Beratung und Überwachung sicherstellen (unter Genehmigungsvorbehalt durch Bund und Länder). Sie arbeiten dabei über die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) mit den staatlichen Institutionen des Arbeitsschutzrechts zusammen und haben engen Kontakt mit der staatlichen Gewerbeaufsicht (bzw. den staatlichen Ämtern für Arbeitsschutz). Unfallverhütungsvorschriften werden durch die Unfallversicherungsträger immer dann erlassen, wenn die Konkretisierung durch die Unfallversicherungsträger gesetzlich vorgesehen ist, eine eng begrenzte, branchenspezifische Gefährdungslage vorliegt, das staatliche Recht zu allgemein gehalten ist oder Arbeitsschutzvorschriften nicht direkt gelten (bspw. Schüler/innen). Von Seiten der Wirtschaftsverbände wurden u. a. Anpassungen des Leistungs- und Rentenrechts gefordert, die sich insbesondere mit der Herausnahme der Wegeunfälle aus den versicherten Unfällen und einer

Einschränkung der Renten konzentrierten (Kranig 2008, Vereinigung der bayrischen Wirtschaft 2019). Dies fand jedoch keinen Eingang in das UVMG.

Weitestgehende Entscheidungsfreiheit besteht für die Träger innerhalb ihrer eigenen Körperschaft und bei der Ausgestaltung von Arbeitsschutzvorschriften in ihren Zuständigkeitsbereichen (sofern nicht gesetzlich oder durch staatliche Stellen geregelt). Die Träger können ein umfassendes Vorschriften- und Regelwerk setzen, das die Rechte und Pflichten hinsichtlich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz regelt, sowie Unterstützung und Verfahren zur Vermeidung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren aufzeigt.

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (2017) integrierte Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig pflegen, in den Versicherungsschutz der GUV.

Das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (OZG) verpflichtet die Unfallversicherungsträger zum Aufbau eines Onlinezugangs, beispielsweise bei der Genehmigung von Bewilligung und Finanzierung von Heil- und Hilfsmitteln oder Rehabilitationsleistungen (Stocksmeier/Hunnius 2018).

Gegenüber anderen Zweigen der Sozialversicherung lässt sich eine hohe Eigenständigkeit der Träger feststellen, gesetzliche Regulierungen durch den Gesetzgeber sind seltener und von geringerem Einfluss.

Tabelle 6: Aktuelle gesetzliche Änderungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung 2017 bis 2020

Gesetzlicher Bezug	Inhalt
2017	
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	Integration von Pflegepersonen in die gesetzliche Unfallversicherung, die nicht erwerbsmäßig pflegen und einen bestimmten Umfang an Pflege erbringen
Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)	Aufnahme neuer und Erweiterung bestehender Berufskrankheiten, u. a. Leukämie durch 1,3 Butadien, fokale Dystonie und die Erweiterung der Berufskrankheit Kehlkopfkrebs

Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG)

Verpflichtung der Unfallversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts in Zukunft Verwaltungsleistungen auch elektronisch über Verwaltungsportale anzubieten

2020

Siebtes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG)

Die Neuregelungen des Gesetzes beinhalten Regelungen zu den Berufskrankheiten, unter anderem den Wegfall des Unterlassungszwangs, Erleichterungen bei der Ursachenermittlung und die Förderung der Forschung zu Berufskrankheiten

Quelle: eigene Darstellung

5.5 Die wirtschaftliche Strategie der gesetzlichen Unfallversicherung

Das Gesetz sieht vor, dass für jede Branche bzw. für jeden Wirtschaftszweig nur jeweils ein einziger Unfallversicherungsträger zuständig ist. Dies gilt damit auch für die Unternehmen und die versicherten Personengruppen. Die Zuständigkeit der Träger ist gesetzlich geregelt, ein Wahlrecht besteht nicht und damit keine Möglichkeit, zwischen den Unfallversicherungsträgern zu wechseln. Durch die Konstruktion als Unternehmerhaftpflicht und die für alle Unternehmen verpflichtende Mitgliedschaft gibt es außerdem keine private Konkurrenz in der gesetzlichen Unfallversicherung. Sofern sie dieselben Risiken wie die GUV versichern, richten sich die privaten Unfallversicherer deshalb mit ihren Angeboten an Selbstständige, Freiberufler/innen und Unternehmer/innen, die nicht in der GUV versichert sind. Für bereits in der GUV versicherte Personen ergänzen sie v. a. eine Absicherung für Unfälle außerhalb des Schutzes der GUV in der Freizeit, beim Sport oder im Haushalt.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten lagen 2017 bei 1,5 Milliarden Euro und machten 11,4 Prozent der Aufwendungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand aus. Die Träger in ihrer aktuellen Konstruktion verfolgen keine Gewinnerzielungsabsichten. Dadurch ist gegenüber einer möglichen

Konstruktion einer Unfallversicherung durch private Anbieter aufgrund nicht zu erbringender Renditen ein Kostenvorteil zu unterstellen.

Wie in Kapitel 5.2 beschrieben ergibt sich die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger aus der Branchenzugehörigkeit und der geographischen Lage eines Unternehmens. Ein Wechsel zwischen den Trägern ist nur möglich, wenn sich der Unternehmensschwerpunkt oder der Standort ändert. Folglich besteht keine direkte Konkurrenz zwischen den Unfallversicherungsträgern und durch die Konstruktion ist der Druck auf Mitgliedergewinnung de facto nicht vorhanden bzw. möglich.

In den vergangenen Jahren gab es auf politischen Druck und durch Handeln der Unfallversicherungsträger bzw. der Selbstverwaltungen eine große Fusionswelle in der GUV. Nach Einschätzungen aus den Experteninterviews hat dies zu Einsparungen in den Overhead-Kosten und auch zu Personalabbau geführt. Die Fusionen in der Trägerlandschaft haben zudem zu einer geringeren Spezialisierung der Träger auf bestimmte Gewerbezweige geführt. Durch die hohe Anzahl der Träger wurde in der Vergangenheit spezifisches Expertenwissen zu Arbeitsweisen und -verfahren und damit eine hohe Kompetenz zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufgebaut. Die Analyse ergab, dass durch die breitere Branchenzuständigkeit der einzelnen Träger ein Verlust branchenspezifischen Know-Hows und dadurch ein Qualitätsrückgang bei den Leistungen für die versicherten Unternehmen und die Versicherten befürchtet wird (u. a. Wellmann/Lempert-Horstkotte 2009).

Wie im Unterkapitel zur Finanzierung dargestellt, ergibt sich die Höhe der Beiträge aus den gezahlten Entgelten und der Gefahreineinordnung des versicherten Unternehmens. Aufgrund der mangelnden Wahlmöglichkeiten und an den realen Ausgaben berechneten Kosten lässt das System der GUV daher keine Konkurrenz über geringere Beiträge zwischen den Trägern zu.

Unsere Analyse ergab, dass in der GUV der Rationalisierungs- und Optimierungsdruck weniger durch politischen oder gesellschaftlichen Druck, sondern über die Unternehmen als Kostenträger der GUV besteht. Die Beiträge werden anhand der realen entstandenen Kosten festgelegt. Dies geschieht weitestgehend ohne politischen Einfluss, allerdings sollen die Unfallversicherungsträger nach § 222 SGB VII ihre Verwaltungs- und Verfahrenskosten minimieren. Diese Verpflichtung beinhaltet ein Benchmarking der Träger untereinander und eine Berichterstattung an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Im Vergleich mit anderen Sozialversicherungszweigen wird der Druck allerdings geringer wahrgenommen.

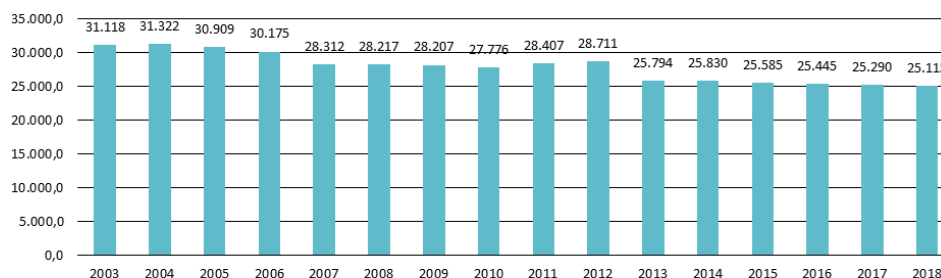
Da die Vertreter/innen der Unternehmen als Kostenträger in der Selbstverwaltung vertreten sind, besteht eine Orientierung an Wirtschaftlichkeit und ein Fokus auf möglichst geringe Kosten. Eine Absenkung der Kosten ist jedoch nicht beliebig möglich. Würden die Kosten bspw. in der Präventionsarbeit zu weit gesenkt, besteht die Gefahr, dass es zu mehr Arbeitsunfällen kommt. In der Folge würden die Kosten im Bereich der Rehabilitation und der Entschädigung steigen. Ein Absenken des Schutzniveaus kann daher kontraproduktiv hinsichtlich der Kosten sein. Kostensenkungsmaßnahmen sind nur von Interesse, wenn sie die Effizienz steigern oder Verfahren optimieren. Diese Zusammenhänge sind in den Selbstverwaltungen weitestgehend anerkannt, Kritik an den Beiträgen gibt es eher in „jungen“ Branchen ohne lange Erfahrung mit Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen und u. a. in der Zeitarbeitsbranche (Einsatz der Beschäftigten in unterschiedlichen Betrieben mit unterschiedlichen Risiken).

5.6 Arbeit und Beschäftigung in der gesetzlichen Unfallversicherung

5.6.1 Beschäftigungsstruktur und Entwicklung der Beschäftigung

Die Anzahl der Beschäftigten bei der GUV betrug 25.115 im Jahr 2018, in Vollzeitäquivalenten gerechnet waren es 22.705. Gegenüber 2008 ist ein Rückgang von zehn Prozent zu verzeichnen. Vor allem nach Fusionen wurde in der Vergangenheit Beschäftigung abgebaut. In den letzten sechs Jahren war die Anzahl der Beschäftigten aber relativ stabil und ging nur noch leicht zurück.

Abbildung 25: Beschäftigungsentwicklung in der GUV in Vollzeitäquivalenten, 2003–2018



Quelle: eigene Darstellung, nach Daten aus Statistisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, verschiedene Ausgaben
Anmerkung: jeweils Stichtag 30.06.

Die Beschäftigungsverhältnisse in der GUV lassen sich grob anhand der Bereiche Prävention, Rehabilitation und Entschädigung einteilen, es gibt aber Überschneidungen zwischen den Arbeitsgebieten. In der Prävention sind Aufsichtspersonen im Bereich der Arbeitssicherheit tätig, oft mit einem technischen Hintergrund (unter anderem Ingenieure/innen). Sie überwachen die Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften in Betrieben, beraten in Betrieben zum Arbeitsschutz, aber untersuchen auch Unfall- und Schadensereignisse. Zusätzlich gibt es Referenten/innen, die für Qualitätsmanagement, Präventionskonzepte oder -projekte zuständig sind. Darüber hinaus existiert im Bereich Prävention Personal in den Forschungsbereichen sowie dem überbetrieblich tätigen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienst (ASD). In der Rehabilitation und Entschädigung arbeiten vor allem Sozialversicherungsfachangestellte, Sachbearbeiter/innen, aber auch Verwaltungswirte/innen, Juristen/innen sowie Ärzte/innen. In der Verwaltung der GUV finden sich neben Beschäftigten der Leitungsebene und in der Sachbearbeitung auch Personaler/innen, Angestellte im Bereich der Unternehmenskommunikation und IT-Fachkräfte. In den Kliniken und medizinischen Fachzentren der GUV sind Ärzte/innen, Pflegekräfte, Therapeuten/innen tätig. Aufgrund der vielfältigen Tätigkeiten kann diese Aufzählung nicht abschließend sein, sondern stellt nur die größten Gruppen der Beschäftigten dar.

Die Personalgewinnung der Sozialversicherungsfachangestellten und kaufmännischen Berufe findet vor allem über eigene Ausbildung statt. Bei den medizinischen Berufen, Ingenieure/innen (im Bereich der Aufsichtspersonen) und bei höher qualifizierten IT-Fachkräften erfolgt die Besetzung von Arbeitsplätzen vorrangig über den externen Arbeits-

markt. Quereinstiege mit langjähriger Berufserfahrung sind häufig erwünscht (u. a. bei Aufsichtspersonen), da für die Zusammenarbeit, aber auch Kontrolle der privaten Unternehmen branchenspezifische Praxiswissen aus dem betrieblichen Alltag gewünscht wird.

Zusätzlich unterhält die DGUV die Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) an den Standorten Bad Hersfeld und Hennef. Sie bieten Fort- und Weiterbildungen für die Beschäftigten an, Zertifikatsstudiengänge „Rehabilitationsmanagement in der Gesetzlichen Unfallversicherung“, „Berater/in Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „Personalwesen und Führung“ sowie Bachelor- und Masterstudiengänge („Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung“ (BA), „Master of Public Administration (MPA)“). Der Bedarf an den Angeboten der Hochschulen steigt, da zunehmend mehr Tätigkeiten in der GUV vertiefte Rechts- und Verwaltungskennnisse sowie Kenntnisse in anderen Fachgebieten bedürfen. Es wurde jedoch in Teilen bezweifelt, ob die Kapazität der Hochschulen ausreichend ist, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Die Angestellten waren mit 97 Prozent in 2018 die größte Gruppe der Beschäftigten aus. Die 740 Beamten/innen machen nur noch eine kleine Gruppe der Beschäftigung aus. Von den Angestellten waren 8.830 Arbeitnehmer/innen DO-Angestellte (35 Prozent der Beschäftigten). Die DO-Angestellten stellen eine Besonderheit der Berufsgenossenschaften (und der Krankenkassen) dar. Sie stehen in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis mit den Unfallversicherungsträgern und haben im Gegensatz zu Beamten/innen kein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis. Allerdings erfüllen die Unfallversicherungsträger in bestimmten Bereichen hoheitliche Aufgaben und die Angestellten werden in Bereichen eingesetzt, in denen sie wie Beamte/innen in der unmittelbaren Staatsverwaltung tätig sind, bspw. bei Betriebsschließungen (Herrmann/Buchheim 2014). Daher gelten nach ihrem Arbeitsvertrag beamtenrechtliche Rechte und Pflichten, die u. a. die Besoldung, aber auch Haftung betreffen. Durch die aktuell geplante Schließung des DO-Rechts wird die Zahl der DO-Angestellten mittelfristig abnehmen, seit 2008 ist der Rückgang der DO-Angestellten mit 7 Prozent allerdings geringer der aller Beschäftigten. Probleme aus der Schließung des DO-Rechts ergeben sich nach unserer Analyse u. a. durch Unterschiede in der Besoldung bei der Gewinnung von Fachkräften sowie in teils noch ungeklärten Haftungsfragen.

Wie auch in den anderen Sozialversicherungszweigen ist der Frauenanteil in der GUV hoch. Er betrug 2018 61 Prozent, 2008 lag er bei 56 Prozent. Damit liegt er unter dem Niveau anderer Sozialversicherungszweige, was u. a. auf den technischen Bereich der GUV zurückzu-

führen ist. So ist die Frauenquote im Bereich der DO-Angestellten geringer und beträgt 44 Prozent.

5.6.2 Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Personalhoheit in der GUV liegt bei den einzelnen Unfallversicherungsträgern, je nach Träger können die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen daher voneinander abweichen. Unsere Analyse ergab sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen, mitunter gab es zwischen den verschiedenen Standorten desselben Trägers unterschiedliche Bedingungen. Dennoch lassen sich gemeinsame Entwicklungen feststellen, die im Folgenden dargestellt werden.

Zwar sinken die meldepflichtigen Unfälle (–5 Prozent) und auch die Zahl der neuen Unfallrenten (–23 Prozent), im Gegenzug steigen jedoch die Aufwendungen für Prävention (+45 Prozent) und für die Rehabilitationen (+47 Prozent). Infolge der veränderten Leistungen verschieben sich auch die Tätigkeiten der Beschäftigten der GUV. In Verbindung mit den steigenden Versichertenzahlen (+15 Prozent in den vergangenen zehn Jahren im Vergleich der Vollarbeiter) und den zunehmenden Zahl an versicherten Einrichtungen und Unternehmen (+13 Prozent) hat die Arbeit zugenommen. Demgegenüber steht ein Rückgang der Beschäftigtenzahlen (minus elf Prozent). In Summe verursachen diese Entwicklungen eine Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten. Es gibt keine gesetzliche oder einheitliche Personalbemessung der Unfallversicherungsträger oder ein definiertes Verhältnis von Fallzahlen je Beschäftigten, wie sie in anderen Zweigen der Sozialversicherung vorhanden ist. Dies ist in der Fallbearbeitung mit den sehr verschiedenen Abläufen und den daraus resultierenden Unterschieden im Arbeitsaufwand schwer zu vereinheitlichen. Allerdings gibt es ein Benchmarking der Unfallversicherungsträger und unsere Untersuchung bestätigt die steigende Fallzahl je Beschäftigter/n. Die Zunahme der Arbeitsmenge wurde für einen Großteil der Träger berichtet und die faktische Personalbemessung nach dem Personalabbau der letzten Jahre als eng eingeschätzt. Zudem sind die Planung und Steuerung der eigenen Arbeitsbelastung durch die Zuweisung von Fällen v. a. bei den Sozialversicherungsfachangestellten nur eingeschränkt möglich.

Insgesamt ist aktuell kein bundesweiter Fachkräftemangel im Bereich der GUV zu verzeichnen. Allerdings unterscheiden sich die Möglichkeiten zur Fachkräftegewinnung nach Regionen teils erheblich. Im Bereich

der Sozialversicherungsfachangestellten gibt es insbesondere in ländlichen Regionen, teilweise aber auch in städtischen Arbeitsmärkten mit hoher Konkurrenz zunehmend Probleme die Ausbildungsplätze zu besetzen. Trägerübergreifende Schwierigkeiten sind ebenfalls bei der Besetzung von Ingenieursstellen und IT-Stellen zu erkennen. Der Konkurrenzdruck durch den Privatsektor mit hohen Gehältern erschwert die Gewinnung von Fachkräften bei einigen Trägern erheblich und führt zu nicht besetzten Stellen und Belastungen der Beschäftigten. Ein Problem, dass durch den gewünschten Quereinstieg in bestimmten Arbeitsbereichen und die (noch) unklare Situation bei der Besetzung und Besoldung von Stellen, die ehemals von DO-Angestellten erfüllt wurden, verstärkt wird. Gerade mit Blick auf die nähere Zukunft ergab unsere Analyse, dass Stellenbesetzungsprobleme bei den Trägern vor allem aufgrund der Altersstruktur der eigenen Belegschaft und durch (private) Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt erwartet werden.

In der GUV ist ein Rationalisierungs- und Optimierungsdruck vorhanden, der v. a. im Zuge der Fusionen zu Personalabbau geführt hat. Dieser wurde von fast allen Befragten bestätigt. Er wurde im Rahmen des UVMG politisch gefordert und geht auch von den Unternehmen als Kostenträger und den Unfallversicherungsträgern selbst aus, mündet aktuell aber nicht in Personalabbau. Allerdings scheint der Druck aufgrund des mangelnden Wettbewerbsdrucks zwischen den Trägern und der anhand realer Kosten berechneten Beiträge geringer als in anderen Zweigen der Sozialversicherung zu sein. Die stabile Entwicklung der Beschäftigtenzahlen der letzten Jahre zeigt einen vergleichsweise geringen Personalabbau.

Die Art oder Komplexität der Tätigkeit hat sich in den meisten Bereichen der GUV nicht übermäßig oder grundsätzlich gewandelt. In den anderen Sozialversicherungszweigen führen vor allem gesetzliche Regelungen zu notwendigen Anpassungen und komplexeren Fallentscheidungen. In der GUV sind die Auswirkungen gesetzlicher Regelungen geringer, Anpassungen werden vor allem durch die Selbstverwaltungen unter paritätischer Beteiligung vorgenommen. Veränderungen treten eher durch neue Berufsfelder und Branchen auf oder wenn sich die Tätigkeiten der Versicherten im Zuge technischer Neuerungen und der zunehmenden Digitalisierung ändern. Mit neuen Berufsfeldern und Branchen v. a. in den Dienstleistungen und mit der Einführung neuer Techniken sind immer auch Auswirkungen auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz durch mögliche neue Unfallgefährdungen und Berufskrankheiten verbunden. Die Notwendigkeit neuer Präventions- und Schutzmaßnahmen gerade vor dem Hintergrund der Digitalisierung hat auch die DGUV erkannt und sieht Risiken und Chancen für die Beschäftigten durch

Wechselwirkung zwischen Menschen und technologischen Neuerungen (Eichendorf 2016, DGUV 2017b). Gerade vor dem Hintergrund einer beschleunigten Digitalisierung und neuen Arbeitsformen ist hier eine mittelbare Auswirkung auf die Beschäftigten der GUV vorhanden. Sie müssen je nach Berufsgruppe bei neuen Techniken Risiken identifizieren und bspw. Handlungsanleitungen oder Gestaltungsempfehlungen für sicheres Arbeiten geben oder sie in der Fallbearbeitung berücksichtigen. Die Unfallversicherungsträger bieten u. a. Positivlisten mit sicheren Produkten für die Verwendung im Arbeitsalltag an oder bewerten mit ihren Forschungsinstituten und Prüfstellen die funktionale Sicherheit Automatisierungstechnik. Je kürzer die Zyklen der Verfügbarkeit und Einführung neuer Technologien sind, desto häufiger braucht es neue Einschätzungen und Bewertungen durch die Beschäftigten der GUV. Hier ist eine beständige (Weiter-) Qualifizierung nötig, um dem Gesundheitsschutz im Arbeitsalltag der Versicherten gerecht zu werden.

Durch die teils weitreichenden Fusionen in der Trägerlandschaft hat die Spezialisierung der Träger auf bestimmte Gewerbebezüge abgenommen. Mit der hohen Anzahl an verschiedenen Trägern wurde in der Vergangenheit Expertenwissen zu Arbeitsweisen und -verfahren und damit eine hohe Kompetenz zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufgebaut. Dies auch nach den Fusionen zu bewahren, ist nach unserer Analyse bei einigen Trägern eine Herausforderung. Mit einer größeren Bandbreite an versicherten Tätigkeiten steigen die Anforderungen an die Beschäftigten der GUV sowohl in der Prävention als auch in der Fallbearbeitung in der Rehabilitation und Entschädigung. Bei weiteren Fusionen besteht die Gefahr, dass die Spezialisierung und Nähe zu den Betrieben und damit die Qualität der von der GUV angebotenen Leistungen weiter abnehmen könnte.

Ein größtenteils positives Bild zeigt sich im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Unsere Analyse zeigte, dass bei den meisten Trägern Weiterbildungsangebote in ausreichendem Umfang angeboten und finanziert werden. Bei Bedarf sind in der Regel Weiterbildungen möglich, auch im Rahmen der Einführung von digitaler Technik wird das Angebot als gut und ausreichend beschrieben.

Die emotionale Belastung wird trägerübergreifend als hoch eingeschätzt. Der direkte Austausch mit durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten Geschädigten wird oft als herausfordernd wahrgenommen, der Umgang mit individuellen Fällen und Situationen bedeutet hohe kommunikative und mentale Beanspruchung für die Beschäftigten.

Hinsichtlich der Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihrem/r Arbeitgeber/in und mit dem gezahlten Entgelt ergab die Befragung eine leicht

positive Einschätzung. Und auch die Fluktuation scheint trägerübergreifend eher gering ausgeprägt.

Angebote wie Home-Office und Telearbeit sind je nach Träger sehr verschieden ausgeprägt und abhängig von der jeweiligen Geschäftsführung oder Standortleitung. Teilweise werden sie nahezu ausgeschlossen, bei anderen Trägern sind sie gelebte Praxis.

5.7 Trends der Digitalisierung in der gesetzlichen Unfallversicherung und Auswirkungen auf die Beschäftigten

Einen ersten großen Schritt der Digitalisierung sind die Unfallversicherungsträger mit der Einführung der E-Akte seit ca. 2010 gegangen. Sie ist mittlerweile nahezu flächendeckend eingeführt und hat zu Veränderung für die Beschäftigten geführt. Die E-Akte enthält alle elektronischen Sachverhalte eines Verwaltungsvorgangs (E-Mails, Anträge, gescannte Papierdokumente usw.) und ermöglicht vernetzte Arbeitsprozesse. Sie ist die Voraussetzung für ein zeit- und ortsflexibles Arbeiten: So können die Akten und Daten bei der Bearbeitung am Arbeitsplatz abgerufen werden, die Archivierung erfolgt nicht mehr in Papierform und der Versand von Akten, und mit ihm Wartezeit, entfällt. Durch den Wegfall der Papierakten sind verschiedene Tätigkeiten im Bereich der Aktenverwaltung bspw. in der Registratur und beim Transport der Akten weggefallen. Insbesondere bei einem Wechsel der Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger und der damit verbunden notwendigen Weitergabe von Akten an andere Träger sind durch die Einführung der E-Akte erhebliche Erleichterungen, aber auch der Wegfall von Tätigkeiten zu beobachten (Geißler 2017). Ähnliche Prozessoptimierungen sind beim Datenaustausch zwischen Durchgangsärzten/innen (Leistungserbringer) und den Unfallversicherungsträger durch das elektronische Austauschverfahren DALE-UV entstanden, da das Berichts- und Abrechnungssystem durch die elektronische Datenübermittlung effizienter gestaltet wurden (ebd.).

Übereinstimmend wird berichtet, dass auf die Veränderung der Tätigkeiten mit ausreichender Weiter- oder Umqualifizierung oder anderen sozialverträglichen Lösungen seitens der Träger reagiert wurde.

Neben der E-Akte und DALE-UV ist die Verwendung digitaler Technik bei den Unfallversicherungsträger sehr unterschiedlich ausgeprägt. Es gibt Kooperationen der Träger untereinander über die IT-Abteilungen und die eigenen IT-Dienstleister. Diese sind spezialisiert auf die Berufsgenossenschaften und öffentlichen Unfallversicherungsträger und für einen Großteil der Entwicklungen von Softwareanwendungen der GUV

verantwortlich. So ist beispielsweise die GUSO GbR für elf Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand tätig und bietet mit der GUSO-Software spezifische Lösungen für die Anwendung in der GUV. Weitere Beispiele sind die BG-Phoenix GmbH mit ihrer BG-Standard-Software, die ein 100-prozentiges Tochterunternehmen der Bau-BG, der BG Nahrungsmittel und Gaststätten und der BG Rohstoffe und chemische Industrie ist. Ebenso ist die IT.UV Software GmbH eine Tochtergesellschaft der Verwaltungs-BG und der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die SIGUV GbR, als Tochtergesellschaft von 13 Unfallversicherungsträgern (gewerbliche und öffentliche Hand) hat das Ziel alle wesentlichen Verwaltungsprozesse und IT-Anwendungen zu standardisieren.

Der Kooperation bei Softwarelösungen und gemeinsam entwickelten und etablierten digitalen Verfahren und Techniken steht die Unabhängigkeit der Träger gegenüber. Je nach Träger ist der aktuelle Stand der Umsetzung und Anwendung neuer digitaler Technik unterschiedlich. Und anders als in anderen Sozialversicherungszweigen ist die Einführung der E-Akte oder anderer digitaler Techniken keine Folge von gesetzlichen Vorgaben (bspw. wie die elektronische Gesundheitskarte). Die Konsequenz daraus ist ein sehr unterschiedliches Verhalten der Träger in der Digitalisierung und teils erhebliche Unterschiede zwischen den Trägern sowohl beim aktuellen Stand als auch bei der Planung auf. Obwohl die Unfallversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts Adressaten des Gesetzes zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen sind, setzt nach Aussage der Experten/innen bei mehreren Trägern ein Umdenken und Akzeptanz hinsichtlich der Einführung von digitalen Zugängen erst in den letzten Monaten ein.

Die Analyse zeigte, dass bei vielen Trägern aktuell kaum Automatisierung oder Digitalisierung vorhanden ist. Die Fallbearbeitung erfolgt vor allem durch Menschen. Dunkelverarbeitung, also vollständig automatisierte Vorgangsbearbeitung, ist nicht im großen Umfang zu erkennen. Auch die Kommunikation mit den Versicherten bzw. die Schnittstelle zu den Versicherten findet meistens nicht digital statt. Assistenzsysteme werden zunehmend eingesetzt, finden aktuell allerdings nur eingeschränkt Anwendung. Lediglich bei der Verteilung und Zuordnung von Fällen scheint die Automatisierung durch E-Akte relativ weit verbreitet zu sein. Betrachtet man die aktuell von den Beschäftigten ausgeübten Tätigkeiten in der GUV besteht ein erhebliches Potential für Digitalisierung und in der Folge starke Veränderungen in den Tätigkeiten in der GUV und der Anforderungen an die Beschäftigten. In der Datenerfassung und -archivierung sind mit Einführung der E-Akte und dem Online-

Serviceportal bereits erste Automatisierungsschritte erfolgt. Besonders in der Datenverarbeitung sind weitere Automatisierungen zu erwarten. Bei der Beantragung von Leistungen, der Zahlung von Beiträgen, einer Zuständigkeits- oder Rechnungsprüfung ist der Einsatz von digitaler Technik in vielen Branchen bereits etabliert und sind auch in den Prozessen der GUV vorstellbar, bspw. wenn der Rechnungsinhalt (Röntgenkosten) gegen einen Befund (Fraktur) geprüft wird. Dabei muss keine vollständige Automatisierung erfolgen. Auch wenn nur ein Teil der Prozesse digitalisiert und ein Teil weiterhin von den Beschäftigten bearbeitet wird, hat dies Auswirkungen auf die Anzahl der benötigten Beschäftigten.

An der Schnittstelle zu den Versicherten werden nach unserer Analyse in den meisten Unfallversicherungsträger noch weitestgehend Beschäftigte eingesetzt. Allerdings haben die Träger in einem gemeinsamen Onlineportal erste Online-Services realisiert. Dort können Arbeits- oder Wegeunfälle gemeldet, neue Unternehmen anmelden oder, sofern bereits ein Versicherungsfall bearbeitet wird, Kostenbelege zur Abrechnung eingereicht werden. Mögliche weitere Digitalisierungsschritte sind die computergestützte, eigenständige Recherche der Versicherten über Portale der GUV, der Einsatz von Chatbots, die Steuerung von Erstanfragen durch Computerprogramme bis hin zur digitalen Beantwortung einfacher Fragen. Diese Systeme werden bereits in vielen Unternehmen, u. a. in der Versicherungsbranche, eingesetzt (GDV 2015). Und diese Entwicklungen werden durch das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen zukünftig auch in der GUV beschleunigt werden.

Auch bei einzelnen Trägern finden sich immer wieder Beispiele, bei denen in anderen Tätigkeitsbereichen bereits digitale Technik eingesetzt wird oder zeitnah verwendet werden soll. Beispielsweise werden bei einzelnen Trägern im Reha-Management bereits digitale Techniken eingesetzt. So wurde in der Verwaltungs-BG die Anwendung MSR eingeführt, die die Beschäftigten Tablet-basiert bei den Versicherten vor Ort Falldaten zur Verfügung stellt, sowie die Erfassung und Archivierung digital unterstützt (RehaNews 2018). Dennoch war ein Ergebnis unserer Analyse, dass solche Assistenzsysteme noch nicht flächendeckend eingesetzt wurden.

Kritisch angemerkt wurde, dass sich bereits in den Bereichen, in denen mit digitalen Systemen gearbeitet wird, der mangelnde Kontakt mit den Versicherten bemerkbar macht. Die Beschäftigten verlieren den persönlichen Kontakt zu den Versicherten und kennen daher deren Arbeitsalltag und das Arbeitsumfeld nicht mehr. Eine Konsequenz aus der

zunehmenden Digitalisierung von Prozessen können Qualitätsverluste in der Beratung sein.

Bei den Tätigkeiten in der GUV muss hinsichtlich der Potenziale für Digitalisierung unterschieden werden. Einfache Prozesse können vollständig automatisiert werden, bei anderen wird teilweise ein Eingreifen der Beschäftigten benötigt und digitale Technik wird eher unterstützend eingesetzt werden. Gerade bei komplexen Vorgängen mit hohen Beratungsanteilen wird eine Automatisierung schwer möglich sein. Gerade in der Fallberatung mit ihren individuellen Beratungs- und Steuerungsleistungen und der wichtigen Kommunikation mit den Versicherten kann Digitalisierung nur unterstützende, aber keine ersetzenden Funktionen wahrnehmen. Es gab keine einheitliche Antwort inwieweit Tätigkeiten in der GUV digitalisiert werden können. Für einen Träger wurden 80 Prozent einfacher bis wenig komplexer Fälle geschätzt und lediglich 20 Prozent als komplex und mit aufwendiger Kommunikation mit den Versicherten eingeordnet. Andere beschrieben, dass 85 Prozent der Fälle ohne Versichertenkontakt stattfinden und ca. 15 Prozent komplexe Fälle mit Kontakt, Beratung und individuellen Lösungen sind. Ebenso gab es Einschätzungen zur Datenverarbeitung, demnach könnten drei Viertel der eingesandten Belege elektronisch verarbeitet werden. Diese Einschätzungen bedeuten jedoch nicht, dass bei einer Digitalisierung mittelfristig 80 Prozent der Stellen abgebaut werden können. Mehrere Faktoren werden die Personaleffekte der beschriebenen Digitalisierungstrends beeinflussen. Wegfallende Tätigkeiten bedeuten nicht zwangsläufig wegfallende Arbeitsplätze. Wenn digitale Technik Routineaufgaben übernimmt, können andere Tätigkeiten mehr Zeit einnehmen. So wurde aus einem Träger berichtet, dass die Betreuung in der medizinischen Beratung und Begleitung deutlich intensiviert wurde. Damit verschieben sich Tätigkeiten von Routine- zu Beratungstätigkeiten. Viele Tätigkeiten in der Fallbearbeitung, gerade im Bereich der Beratung und Begleitung von Versicherten, sind zu komplex und individuell, um digitalisiert zu werden. Zusätzlich wird für die Umstellung der Verfahren Zeit benötigt, gerade in den Anfangszeiten wird eher mehr Personal als weniger gebraucht. Allerdings gibt es viele Tätigkeiten wie bspw. Zuständigkeitsprüfungen, Beleg- und Rechnungsprüfungen oder Kontrolle der Beitragseingänge in denen durch Digitalisierung mittelfristig wesentliche Aufgaben der Beschäftigten, vor allem im Bereich der Sozialversicherungsfachangestellten, wegfallen können.

Die Entwicklungen weisen ein großes Einsparpotential auf und sind daher attraktiv hinsichtlich ihrer Effizienzgewinne und Optimierungspotentiale. Um negative Auswirkungen auf die Beschäftigten zu verhindern, muss darauf seitens der Unfallversicherungsträger mit einer angemess-

senen Planung und Steuerung reagiert werden. Wenn sich Tätigkeiten verschieben oder wegfallen, braucht es Weiter- und Fortbildungen für die Beschäftigten um die neuen Aufgaben erledigen und die neue Technik nutzen zu können. Folglich wird es im Rahmen der Digitalisierung einen steigenden Schulungsbedarf geben. Gerade in den einfachen Tätigkeiten werden bei den Trägern größere Probleme gesehen, da nicht ausreichende neue Arbeitsplätze mit ähnlichen Tätigkeiten vorhanden sind. Die Gruppe der Betroffenen wäre aller Voraussicht nach größer als bei der Einführung der E-Akte, dementsprechend bräuchte es umfangreichere Maßnahmen, um Personalabbau zu vermeiden oder zu gestalten.

Da die verschiedenen digitalen Technologien bereits bei einigen Trägern eingesetzt werden und sich viele Tätigkeiten der Unfallversicherungsträger nicht wesentlich unterscheiden, ist die Einführung bei den restlichen Trägern über Kooperationen (oder die IT-Dienstleister) wahrscheinlich. Zudem findet aktuell in Branchen mit ähnlichen Tätigkeiten wie bspw. in der Versicherungsbranche, im Gesundheitswesen oder in der öffentlichen Verwaltung zunehmend Automatisierung und Digitalisierung statt. Eine Übernahme vorhandener Lösungen oder eine Anpassung und Optimierung auf die Bedürfnisse der Unfallversicherungsträger dürfte technisch zeitnah möglich sein – und vor dem Hintergrund von erheblichen Einsparpotentialen wahrscheinlich. Hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs bei der Einführung weiterer oder neuer digitaler Technik unterscheidet sich nach unserer Analyse die Einschätzungen je nach Träger. Die Übertragbarkeit zwischen den Trägern, Kooperationen bei den IT-Dienstleistern, das Onlinezugangsgesetz, die Nähe zur Privatwirtschaft, Einsparpotentiale durch Digitalisierung – bei näherer Betrachtung der GUV zeigen sich wesentliche Treiber der Digitalisierung, die eine kurz- bis mittelfristige Umsetzung wahrscheinlich erscheinen lassen.

Insgesamt lässt sich Unsicherheit in den Belegschaften und bei den Mitarbeitervertretungen hinsichtlich der möglichen Auswirkungen der Digitalisierung für die verschiedenen Träger der GUV feststellen.

5.8 Fazit und Ausblick: Herausforderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

In der GUV lassen sich gegenläufige Entwicklung beobachten: obwohl die Versichertenzahlen und die gearbeiteten Stunden ansteigen, ist die Anzahl der neuen Unfallrenten und der Unfälle seit Jahren rückläufig.

Diese positive Entwicklung ist einerseits auf einen Wandel der Wirtschaftsstruktur hin zu weniger risikoreichen Dienstleistungsbranchen zu erklären. Andererseits liegt mit Erweiterung der Aufgaben der GUV durch das SGB VII ein stärkerer Fokus der GUV auf der Prävention. Mit der zunehmenden Präventionsarbeit und dem Rückgang der Unfälle verschieben sich langsam die Tätigkeitsfelder innerhalb der Unfallversicherungsträger.

In den letzten 20 Jahren gab es, ausgelöst durch Gesetzesinitiativen, eine Vielzahl von Fusionen bei den Unfallversicherungsträgern und ihre Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren erheblich reduziert. Bisher sehen die befragten Experten/innen keine wesentlichen Vorteile für die Beschäftigten durch die Fusionen. Sie schätzen den Service für Versicherte als geringer ein und fürchten einen Verlust von branchenspezifischem Know-how. Durch den mit den Fusionen verbundenen Personalabbau kam es außerdem zu einer Arbeitsverdichtung.

Der aktuelle Stand und die Planungen zur Digitalisierung sind je nach Träger sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während einige Träger fast keine neuen digitalen Techniken einsetzen, werden bei anderen in mehreren Tätigkeitsbereichen erste Schritte zur Digitalisierung unternommen. Einzelne Bereiche und einzelne Träger nutzen folglich bereits digitale Techniken, in der Breite ist deren Nutzung aber noch eher gering ausgeprägt. In Summe lässt sich konstatieren, dass die Digitalisierung in der GUV nicht sehr weit fortgeschritten ist. Neben der E-Akte ist deshalb eine Substitution von Tätigkeiten nur im Anfangsstadium zu beobachten. Durch die Kooperationen bei den trägereigenen IT-Dienstleistern, gesetzlichen Regelungen wie dem Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen und die in anderen Branchen bereits verwendeten digitalen Lösungen ist jedoch in näherer Zukunft ein stärkerer Einsatz zu erwarten.

Ein Fachkräftemangel ist nicht übergreifend, sondern lediglich bei einigen Trägern und einigen Berufsfeldern zu erkennen. Gerade bei Ingenieuren, IT-Fachkräften und Sozialversicherungsfachangestellten sind Probleme in der Personalgewinnung vorhanden, sowohl am Ausbildungsmarkt als auch in Konkurrenz zu anderen Sozialversicherungszweigen und der Privatwirtschaft. Der demografische Wandel wird als tendenziell als problematisch angesehen, da bei vielen Trägern die Altersstruktur der Belegschaft in fünf bis zehn Jahren für größere Fluktuation sorgen wird. Je nach Träger gehen deshalb auch die Erwartungen oder Befürchtungen hinsichtlich der Auswirkungen der Digitalisierung auseinander. Bei den einen Trägern wird sie als Chance gesehen, um die Folgen des Fachkräftemangels zu mindern und einen Ausgleich der Verrentungen in naher Zukunft zu erreichen. Bei den anderen Trägern

besteht das Risiko, dass es durch die Digitalisierung zu Stellenabbau kommt. Hier wären (Weiter-) Qualifizierung oder angemessene Übergänge in die Altersrente wichtig, um einen Personalabbau sozialverträglich zu gestalten.

Durch die Digitalisierung und den Verschiebungen der Tätigkeitsfelder steigen generell die Bedarfe an Qualifizierungsmaßnahmen. Bisher wird die Fort- und Weiterbildung in den Unfallversicherungsträger größtenteils positiv bewertet. Je schneller die genannten Entwicklungen ablaufen, desto mehr Qualifizierungsangebote werden nötig sein und desto besser müssen sie geplant und gesteuert werden.

Insgesamt lässt sich Unsicherheit in den Belegschaften und bei den Mitarbeitervertretungen hinsichtlich der möglichen Auswirkungen der Digitalisierung für die verschiedenen Träger der GUV feststellen. Unsere Untersuchungen ergaben, dass die bisherige Planung und Steuerung der Digitalisierung bei mehreren Trägern als unzureichend angesehen werden.

Die positiven Rückmeldungen zum Umgang mit den Beschäftigten bei Einführung der E-Akte zeigen, dass dies als Vorbild für die Einführung digitaler Techniken dienen kann. Allerdings war die betroffene Gruppe der Beschäftigten u. a. in der Registratur kleiner als dies bspw. bei weitreichender Digitalisierung im Bereich der Fallbearbeitung der Fall wäre. Und es braucht Lösungen, falls die Unterschiede zwischen den wegfallenden Tätigkeiten und den Bereichen mit Personalbedarf so groß sind, dass eine Weiterbildung nicht ausreicht. Dabei ist die Einbindung der Mitbestimmungsakteure wichtig, um gemeinsam mit ihnen und den Beschäftigten und ihren Vertretungen Lösungen zu entwickeln. Dies gilt v. a., um der Unsicherheit der Beschäftigten in Zuge der Digitalisierung entgegenzuwirken und eine angemessene Beteiligung der Betroffenen sicherzustellen.

6. Ergebnisse und Ausblick

Die Branchenstudie zeigt deutlich, unter welchem starkem Veränderungsdruck die Sozialversicherung in Deutschland stehen. Dies betrifft die Leistungen, die Organisation, die Finanzierung und die gesetzlichen Regelungen. Die Träger haben darauf mit unterschiedlichen wirtschaftlichen Strategien reagiert und als gemeinsames Merkmal vor allem die Digitalisierungsprozesse vorangetrieben. Vergleicht man die Ausgestaltung und Entwicklung der einzelnen Träger der Sozialversicherung, lassen sich einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede identifizieren. Im Folgenden werden Ergebnisse für die Sozialversicherung zusammengefasst, die sich in einzelnen Untersuchungsfeldern bei den Trägern ergeben.

Regulierung und Steuerung in der Sozialversicherung

Auf die Träger der Sozialversicherung wirken verschiedene Steuerungslogiken ein, die Struktur und Organisation, Geschäftsprozesse, Leistungserbringung sowie Entscheidungsfindungen in den Zweigen der Sozialversicherungen beeinflussen. Staatliche Systemintervention durch den Bund sowie auf kommunaler Ebene, starke Regulierung durch zahlreiche Gesetze, korporatistische Steuerung im Rahmen der Selbstverwaltungen sowie eine Trennung zwischen Aufsicht und operativen Geschäft führen dazu, dass eine Vielzahl von Akteuren eingebunden sind. Unsere Untersuchung zeigt, dass es eine Tendenz gibt, die Mitwirkungsrechte der Selbstverwaltung im Laufe der Zeit von der Politik immer weiter einzuschränken (siehe auch Keck 2015, S. 11). Der Spielraum der Selbstverwaltung wird z. B. von den zunehmend eng gefassten Vorschriften des Sozialrechts aber auch gezielten Gesetzesänderungen im Organisationsrecht beschränkt (insbesondere BA und gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung). Insgesamt gilt, dass während die BA und DRV über sehr wenig eigenständige Entscheidungsbefugnisse verfügen, die Kranken- und Pflegekassen und GUV institutionell selbstständiger agieren können.

In allen Zweigen der Sozialversicherung existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben, die sich z. B. auf Leistungserbringung und -umfang sowie die Finanzierung der Versicherung auswirken. Sie können aber auch Organisationsreformen und Digitalisierungsprozesse einleiten. Gesetzliche Veränderungen resultieren u. a. aus Versuchen der Modernisierung der Verwaltungsstrukturen, um eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität zu erreichen. Sie gehen aber auch auf gesellschaftspolitische Forderungen und Entwicklungen (z. B. Anpassungen an den demographischen Wandel) zurück. Ergebnis ist im All-

gemeinen eine zunehmende Komplexität und Vielfältigkeit durch immer neue Regelungen in den Zweigen der Sozialversicherung. Die Arbeit und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden von diesen gesetzlichen Vorgaben direkt beeinflusst. Mit sich wandelnden Gesetzesregelungen werden stetig neue Anforderungen an das Personal gestellt

Herausforderung bei der Finanzierung der Sozialversicherung

Die Finanzierung der einzelnen Zweige der Sozialversicherung ist seit Langem eine der zentralen Herausforderungen. In den letzten Jahren kann Deutschland auf eine bis Anfang 2020 günstige Arbeitsmarktentwicklung und einen damit verbundenen Lohnanstieg insgesamt verweisen. Dies hat bei den Trägern der Sozialversicherung allerdings nicht in gleichem Maße zu Mehreinnahmen geführt, da z. B. Beitragssenkungen vorgenommen wurden. In den letzten Jahren sind nur die Beiträge für die Pflegeversicherung gestiegen, in der Rentenversicherung und in der Arbeitslosenversicherung sind die Beiträge zurückgegangen und führen zu entsprechenden Mindereinnahmen. In der GUV werden die Beiträge allein durch die Arbeitgeber getragen, und in den letzten Jahren gab es eine stabile Beitragsentwicklung ohne wesentliche Steigerungen.

Grundsätzlich ist die Gesamtfinanzierung der Sozialversicherung an einige Punkten nicht eindeutig geklärt. So entsteht auf die Sozialversicherung zusätzlicher Druck durch den sich wandelnden Betriebsbegriff und die Zunahme atypischer Beschäftigungsformen. Durch die Zunahme von geringfügig Beschäftigten im Rahmen von Minijobs, freien Mitarbeitern/innen und (Schein-)Selbstständigen z. B. in der sogenannten Plattformökonomie werden weniger der Erwerbstätigen durch die Sozialversicherung erfasst. Die Sozialversicherungssysteme legen bei ihren Leistungen aber zumeist die Dauerhaftigkeit und Entgelthöhe eines Normalarbeitsverhältnisses zugrunde (BA, DRV). Damit fallen atypisch Beschäftigte entweder aus den Sicherungssystemen oder erwerben nur geringe Anwartschaften. Dies hat negative Konsequenzen für die Absicherung der Beschäftigten und reduziert gleichzeitig die Beitragszahlungen in die Sozialversicherung. Nur vor dem Hintergrund des starken Beschäftigungswachstums haben diese Auswirkungen in den letzten Jahren auf die Sozialversicherung bisher eher eine geringere Rolle gespielt.

Für die Zukunft stellt sich die Frage, inwiefern das Umlageverfahren nachhaltig aufrechterhalten werden kann. Nach dem Umlageverfahren werden z. B. bei der DRV und den Krankenkassen die Ausgaben eines Kalenderjahres durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres gedeckt. Im Ergebnis kommt es – bis auf die Nachhaltigkeitsrücklage – nicht zu einem Aufbau eines Kapitalstocks. Insbesondere für die DRV und die Pflegeklassen ist im Zuge des demographischen Wandels je-

doch absehbar, dass das Umlageverfahren in seiner jetzigen Form und Höhe nicht dauerhaft zur Abdeckung des Bedarfs ausreichen wird

Wirtschaftliche Strategie der Träger der Sozialversicherung

Der Kostendruck auf die Zweige der Sozialversicherung steigt und beeinflusst die wirtschaftliche Strategie der einzelnen Träger stark. Dies führt notwendigerweise zu Zielkonflikten bei den Strategien der Träger. Einerseits sollen sie nach dem Wirksamkeitsprinzip Aufgaben der Für- und Vorsorge übernehmen, andererseits gilt auch für sie das Wirtschaftlichkeitsprinzip mit den Grundsätzen eines effektiven Mitteleinsatzes und der Sparsamkeit. Leistungsziele müssen mit finanzwirtschaftlichen Zielvorstellungen in Einklang gebracht werden. Zumindest im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung ist eine Entwicklung erkennbar, dass ein Wettbewerb um niedrige Kosten letztendlich zu einer Schwächung des Prinzips der gesundheitlichen Daseinsvorsorge führt.

Erkennbar führen Kostendruck und Effizienzsteigerung zu einer Verschlankung von Strukturen. In der Vergangenheit gab es zahlreiche Fusionen und Umstrukturierungen der Sozialversicherungsträger und der Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Insbesondere der Zweig der GUV und der Kranken- und Pflegeversicherung ist von zahlreichen Fusionen gekennzeichnet. Aber auch bei der BA und DRV kam es zu einer Zentralisierung von Aufgaben an wenigen Standorten und einer Verschlankung von Organisationsstrukturen durch die Abgabe von Befugnissen einzelner Einheiten und Ebenen. Die Analyse hat gezeigt, dass alle Zweige der Sozialversicherung zunehmend Wettbewerbselemente marktwirtschaftlicher Steuerungslogiken übernehmen. Allerdings ist die Wettbewerbssituation unter den Trägern noch recht verschieden. Während sich die Kranken- und Pflegekassen in einem starken Wettbewerb um Versicherte befinden, der insbesondere auch zu den Konzentrationsprozessen geführt hat, sind die BA, die GUV und DRV jeweils quasi monopolistische Anbieter.

Trotzdem wurde auch bei der BA und DRV auf die Einführung von Wettbewerbselementen gesetzt. Zum Beispiel wurde bei der DRV ein Benchmarking-System eingerichtet, das Kosten und Leistungen der einzelnen Versicherungsträger der DRV untereinander vergleicht. Auch die Konkurrenz zu privaten Anbietern von vergleichbaren Dienstleistungen der Sozialversicherung gestaltet sich je nach Zweig sehr unterschiedlich. Private Anbieter wählen Versicherte vor dem Hintergrund einer auf Gewinn ausgerichteten Risikoabschätzung aus und verfolgen nicht das Prinzip einer sozialen Absicherung. Private Versicherungen machen bisher allerdings eher Zusatzangebote zu verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung, ohne diese ersetzen zu können: In der Rentenversi-

cherung wurde politisch gezielt der Arm der gesetzlichen Rentenversicherung durch die private Altersvorsorge ergänzt. Bei der Kranken- und Pflegeversicherung existiert neben den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ein paralleles System einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung, allerdings sind die Marktanteile gering. Die GUV übernimmt die Absicherung beruflicher Unfallrisiken nahezu allein, und auch bei der Absicherung von Arbeitslosigkeit hat sich bisher keine private Konkurrenz gebildet, da das Risiko für Private nicht abbildbar ist.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Träger der Sozialversicherung zunehmend marktwirtschaftliche Steuerungslogiken und Managementansätze übernehmen. Die Sozialversicherungsträger unternehmen seit Jahren Anstrengungen, ihre Organisationen an die veränderten Anforderungen anzupassen, die von der Politik in Rahmen eines Modernisierungsansatzes für die Träger der Sozialversicherung gestellt werden. Verfolgt wird eine stärkere Markt- und Kundenorientierung, die Einführung von Wettbewerbselementen, Effizienzsteigerungen und Optimierungen in der Verwaltung und bei der Leistungserbringung. Mittel, die bei den Sozialversicherungsträgern zum Einsatz kommen, zeichnen sich vor allem durch Rationalisierung und Umstrukturierung, Personalanpassung, Digitalisierung und (Kosten-)Controlling aus. In Hinblick auf das Controlling werden verschiedene Kennzahlen, z. B. zur Leistungsbeurteilung, ermittelt. Eine Schwierigkeit stellt dar, dass vor dem Hintergrund der mehrdimensionalen Zielsetzung der Sozialversicherung die Leistungen der Für- und Vorsorge im Vergleich zu den Finanzkennzahlen häufig schlechter darstellbar sind oder nicht erfasst werden können. Während bei der BA in der Vergangenheit durch eine zu genaue Erfassung von Leistungskennzahlen Anzeichen einer Übersteuerung vorlagen, ergeben sich aus dem Controlling bei anderen Trägern der Sozialversicherung z. T. wenig Konsequenzen. Arbeitnehmervertretungen und die Selbstverwaltung haben hier eine wichtige Gestaltungsaufgabe.

Arbeit und Beschäftigung

Für die Entwicklung von Arbeit und Beschäftigung lassen sich eine Reihe vergleichender Ergebnisse festmachen. Frauen stellen in allen Zweigen der Sozialversicherung ein Großteil der Beschäftigten. Bis zu 40 Prozent der Beschäftigten arbeiten bei den Trägern der Sozialversicherung in Teilzeit. Während in der Vergangenheit Beschäftigte in der BA und DRV häufig einen Beamtenstatus hatten, ist die Zahl der Beamtenverhältnisse inzwischen in den entsprechenden Zweigen der Sozialversicherung stark rückläufig. Auch die Anzahl der DO-Angestellten ist rückläufig. Beschäftigte werden in allen Zweigen der Sozialversicherung von Arbeitnehmervertretern/innen vertreten und ver.di stellt die größte

Gewerkschaft in dem Bereich der Sozialversicherung dar. 95 Prozent der Sozialversicherungsträger sind tarifgebunden. Dort, wo keine Tarifbindung existiert, werden Tarifverträge angewandt. Diese Tarifverträge setzen Standards, die den Regelungen des Tarifvertrags des öffentlichen Dienstes entsprechen bzw. sogar in Teilen besser sind.

Die Sozialversicherung sind von den Auswirkungen des demographischen Wandels stark betroffen. Im Vergleich zu anderen Branchen weist die Altersstruktur der Beschäftigten der Sozialversicherung deutliche Anzeichen einer Überalterung der Belegschaft auf. Die überdurchschnittlich alte Mitarbeiterstruktur in der Sozialversicherung führt dazu, dass in den nächsten Jahren große Teile der Belegschaft in Rente gehen werden. Bei der BA, DRV und einigen gesetzlichen Krankenkassen erreicht innerhalb der nächsten zehn Jahre rund ein Drittel der Beschäftigten das Rentenalter. Das Problem eines drohenden Engpasses bei den Beschäftigten soll vor allem über die Digitalisierung von Arbeitsprozessen begegnet werden. Gleichzeitig wurde die Anzahl der Auszubildenden in einigen Zweigen der Sozialversicherung erhöht.

Parallel zur zunehmenden Überalterung der Mitarbeiterstruktur droht eine Verknappung von Fachkräften in bestimmten Berufsgruppen. Der Fachkräftemangel in IT-Berufen, aber auch unter Ingenieuren/innen trifft die Träger der Sozialversicherung besonders stark. Dies ist vor allem der im Vergleich zur Privatwirtschaft häufig geringeren Entlohnung von IT-Fachkräften in der Sozialversicherung geschuldet. Der Mangel an IT-Personal führt dazu, dass IT-Projekte in Teilen an externe Anbieter vergeben werden müssen.

Den Großteil der Beschäftigten stellen allerdings Sozialversicherungsfachangestellte verschiedener Fachrichtungen. Stellenbesetzungsprobleme im Bereich der Sozialversicherungsfachangestellten sind selten, jedoch zeigen sie sich auch hier erste Engpässe je nach Träger und geographischer Lage. Bei den Trägern der Sozialversicherung kann es insbesondere zu Stellenbesetzungsproblemen kommen, wenn sich der Personaleinsatz durch eine veränderte Aufgabenstellung verändert. So führte der Ausbau des Angebotes im Bereich Beratung in der BA und die zunehmende Nachfrage nach Pflegeberatung bei den Pflegekassen zu einem Fachkräftemangel in dem entsprechenden Tätigkeitsbereich. Bei der BA wurde eigens deshalb ein modulareres Weiterbildungsangebot geschaffen.

Die Verantwortung für das Personalwesen liegt bei den einzelnen Trägern der Sozialversicherung. Als Folge können Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen zwischen den Zweigen der Sozialversicherung, aber auch innerhalb eines Zweiges zwischen den verschiedenen Trägern durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein. Dennoch weisen unse-

re Analysen auf eine Reihe von Gemeinsamkeiten hin. So ist festzustellen, dass die Anzahl der Beschäftigten in der Sozialversicherung insgesamt rückläufig ist. Der Personalabbau wird überwiegend sozialverträglich und über natürliche Fluktuation durchgeführt. Gründe für den Personalarückgang liegen überwiegend in der tatsächlichen oder geplanten Übernahme von Tätigkeiten im Rahmen der Digitalisierung.

In vielen Fällen wird der Personalbedarf, so zeigt unsere Untersuchung, vor allem vor dem Hintergrund zukünftiger Optimierungspotenziale von den Trägern der Sozialversicherung (zu) knapp berechnet. Hinzu kommt, dass ein Ansatzpunkt für Kosteneinsparungen insbesondere die Verwaltungskosten und damit auch die hier zugeordneten Personalausgaben ist. Der Kostendruck führt dazu, dass der Personaleinsatz und der Personalaufwand begrenzt wird. Bei der DRV aber auch BA entfalten insbesondere die Vorgaben im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung, das vom Bundesinnenministerium sowie Bundesverwaltungsamt zur Überprüfung von Personalausstattung und -struktur herausgegeben wird, eine stark steuernde Wirkung. Aus den Anforderungen des Handbuches leitet sich ein verstärkter Druck zu Kosteneinsparungen im Organisationsmanagement ab.

Da in zahlreichen Zweigen eine steigende Anzahl von Versicherten zu beobachten ist, wäre eigentlich ein Beschäftigungsaufbau bei den Trägern der Sozialversicherung zu erwarten gewesen. Dies ist aber nicht der Fall. Man kann eher eine Arbeitsverdichtung beobachten.

In allen Zweigen der Sozialversicherung hat die Menge der Arbeit, die pro Mitarbeiter/in erledigt werden muss, zugenommen. Das Ausmaß der Zunahme der Arbeitsverdichtung wird von vielen Beschäftigten in der Sozialversicherung als kritisch wahrgenommen. Insbesondere Personallücken und die Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten führen zu einer hohen Auslastung des verbleibenden Personals. Bei der DRV hat dies z. B. zunehmende Rückstände bei der Bearbeitung von Fällen zur Folge.

Gleichzeitig nehmen berufsübergreifend die Arbeitsintensität und die Komplexität der Arbeit zu. Die Arbeitsintensität – und damit auch die mentale Beanspruchung bei der Arbeit – steigen infolge der Arbeitsverdichtung, da die verbleibenden Mitarbeiter/innen für mehr und verschiedenartige Aufgabengebiete zuständig sind. Des Weiteren nimmt die Komplexität der Arbeit zu, weil die Anliegen der Kunden/innen komplexer geworden sind bzw. an einzelnen Stellen auch die Betreuung intensiviert wurde. Dies ist einerseits den häufigen gesetzlichen Neuregelungen geschuldet und andererseits auf verschiedene Digitalisierungsprozesse zurückzuführen. Im Rahmen von Digitalisierung werden haupt-

sächlich einfache Aufgaben als erstes automatisiert, so dass schwierigere Aufgaben bei den Mitarbeitern/innen verbleiben.

Der Umgang mit Personen, die sich in problematischen Lebenslagen (z. B. Erwerbslosigkeit, Krankheit) oder an Schnittstellen ihres Lebens (z. B. Rente) befinden, erfordern besondere soziale Kompetenzen. Übereinstimmend schätzen die Interviewpartner/innen die emotionalen Arbeitsanforderungen bei der Arbeit für die Sozialversicherung als hoch ein. Die hohen emotionalen Arbeitsanforderungen wirken z. T. als Stressfaktor.

Viele Beschäftigte der Sozialversicherung sehen in der Beratung von Anspruchsberechtigten und der Unterstützung gesetzlich verbriefte Ansprüche geltend zu machen, wichtige Arbeitsinhalte ihrer Tätigkeit. Neben der zunehmenden Arbeitsbelastung führen insbesondere die Fokussierung auf Kosten und Einsparungen dazu, dass der Vor- und Fürsorgefunktion eine geringere Bedeutung zugemessen wird. Insbesondere Beschäftigte der Kranken- und Pflegekassen, die in einem starken Kostenwettbewerb stehen, kritisieren diese Entwicklung. Eine Ausnahme hierzu bildet die BA, wo gerade der Bereich Beratung in den letzten Jahren eine Aufwertung erfahren hat.

Trotz der Kritik an den Arbeitsbedingungen fühlen sich viele Mitarbeiter/innen ihrem Arbeitgeber verpflichtet. Die Mitarbeiterbindung ist hoch und Fluktuationen aufgrund von Eigenkündigungen der Beschäftigten sind selten. Die Mitarbeiterbindung wird vor allem über ein internes System der Aus- und Weiterbildung und interne Arbeitsmärkte erreicht. Viele Träger der Sozialversicherung verfolgen eine Strategie des „Employer Branding“ und einer starken Identifikation mit dem Arbeitgeber in der Personalpolitik.

Ausgestaltung und Auswirkungen der Digitalisierung in der Sozialversicherung

Digitalisierungsprozesse gehören in den Zweigen der Sozialversicherung zum Alltag. Das Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung (E-Government-Gesetz – E-GovG) sowie das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG) haben eine Welle der Digitalisierung bei den Trägern der Sozialversicherung ausgelöst. Die Gesetze sehen u. a. die Einführung der E-Akte, verbesserten Onlinezugang der Versicherten und den vermehrten Einsatz digitaler Technik in den Verwaltungsabläufen vor. Weitere Treiber der Digitalisierung sind eine verbesserte Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Leistungsfähigkeit, die nachhaltig Rationalisierungsbemühungen und Strategien zu Kosteneinsparungen flankieren können. Darüber hinaus wird mit Digitalisierung auf neue Anforderungen der Versi-

cherten reagiert: digitalisierte Angebote werden als Serviceleistungen begriffen und sollen Transparenz und gesellschaftliche Teilhabe fördern. Die Kundenorientierung und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen spielen insbesondere in der jüngeren Vergangenheit bei den Trägern der Sozialversicherung eine größere Rolle.

Hemmnisse bei Digitalisierungsprozessen sind rechtliche Vorgaben, Unsicherheit über Auswirkungen der Digitalisierung und mangelnde Vorbereitung durch die Leitungsebene. Herausforderungen im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen liegen vor allem beim Datenschutz und der Datensicherheit.

Der Stand der Einführung und Umsetzung von digitalen Technologien – insbesondere die Einführung vollständig automatisierter Arbeitsschritte – ist bei den Trägern der Sozialversicherung unterschiedlich weit entwickelt. Die BA und viele gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherungen haben schon sehr früh mit der Digitalisierung begonnen und verfügen über dementsprechend gut ausgebaute Systeme mit automatisierten Arbeitsschritten und Workflows, die die Geschäftsprozesse im Rahmen der Dunkelverarbeitung automatisch ausführen. Bei der GUV gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Trägern, und ein einheitliches Bild zum Stand von Digitalisierung ist nur schwer auszumachen. Auch bei der DRV gestaltet sich die Digitalisierung insgesamt als ein schwieriges Unterfangen. Dies ist vor allem der Zusammenführung von verschiedenen und z. T. veralteten IT-Systemen geschuldet. Es existieren erst wenige automatisierte Workflows oder digitale Assistenzprogramme, die die Arbeit der Beschäftigten unterstützen.

Die E-Akte hat sich in fast allen Bereichen der Sozialversicherung durchgesetzt. Sie löst die Papierakten ab und begleitet grundlegende Strukturreformen, da eine Bearbeitung von Akten nun zeit- und ortsflexibel durchgeführt werden kann. So können Sachbearbeitungsdienste überregional zusammengezogen worden oder zwischen Abteilungen und Beschäftigten einfacher verteilt werden. Während der Wegfall des Transports von schweren Papierakten insgesamt als positiv wahrgenommen wird, kritisiert ein Teil der Beschäftigten, dass das System der E-Akte die Anzahl der zu bearbeiteten Akten im Zuge der Technologisierung erhöht und eine höhere Bearbeitungsquote verlangt. Hinzu kommt, dass aus Sicht der einzelnen Mitarbeiter/innen die Anzahl der im Postfach befindlichen E-Akten immer gleichbleibt und so das belastende Gefühl entsteht, mit der Arbeit nicht fertig zu werden. Faktisch nimmt die bewegungsarme Bildschirmarbeit zu. Betriebliche Arbeitnehmervertreter/innen verfolgen hier vermehrt Ansätze, Verbesserungen im betriebliche Gesundheitsmanagement zu fordern.

Positiv werden von den Beschäftigten die verbesserten Voraussetzungen für Home-Office, z. B. durch den Einsatz von E-Akten, bewertet. Technisierung und Vernetzung von Prozessen schaffen für Beschäftigte vermehrt Voraussetzungen im Home-Office zu arbeiten und ihre Arbeitszeit und ihren Arbeitsort selbstbestimmter zu gestalten. Damit einher geht eine verbesserte Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf. Folgen sind die Steigerung der Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen. Jedoch sind noch nicht bei jedem Träger die entsprechenden Möglichkeiten für Home-Office etabliert.

Insgesamt kommt es nach Meinung der Mitarbeiter/innen in verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung allerdings nicht spürbar zum Wegfall von belastenden Tätigkeiten durch Digitalisierung. Arbeitserleichterungen werden kaum festgestellt. Von Mitarbeitern/innen wird auf eine Zunahme der Komplexität der Arbeit und der mentalen Beanspruchung bei der Arbeit verwiesen.

Die Ergebnisse zur Auswirkung von Digitalisierung in Hinblick auf die Autonomie bei der Arbeit fallen zwischen den Zweigen der Sozialversicherung unterschiedlich aus. Deutlicher als in den anderen Zweigen der Sozialversicherung ergeben insbesondere die Ergebnisse der Untersuchung in Hinblick auf die Kranken- und Pflegeversicherung, dass Digitalisierung die Entscheidungskompetenzen der Beschäftigten einschränkt. Insgesamt fühlen sich Beschäftigten durch die Standardisierung von Arbeitsprozessen in der Autonomie bei der Arbeit eingeschränkt.

Die Digitalisierung und Automatisierung führen in der Regel nicht direkt zu Personalabbau und Kündigungen. Substitutionseffekte in der Sozialversicherung durch Digitalisierung sind bisher nur im geringen Ausmaß „messbar“. Generell gilt, dass Einsparungen und Substitutionseffekte durch Digitalisierung sich vor allem bei Aufgaben ergeben, die leicht im Rahmen der Dunkelverarbeitung digitalisiert werden können. Mit der zunehmenden Verbreitung von digitalisierten Arbeitsschritten und Assistenzprogrammen werden Sachbearbeitungsaufgaben immer stärker im Rahmen von Digitalisierung übernommen und führen zu einer Reduktion im Personalbedarf bei entsprechenden Berufsgruppen.

Ein Großteil des Berufsprofils von Sozialversicherungsfachangestellten ist von Sachbearbeitungsaufgaben geprägt. Damit kann für die Zukunft erwartet werden, dass der Bedarf an Sozialversicherungsfachangestellten stark zurückgehen wird. Durch die Überalterung der Beschäftigten und dem absehbaren Ausscheiden vieler Mitarbeiter/innen durch Eintritt in das Rentenalter wird jedoch nicht erwartet, dass die Substitutionseffekte durch Digitalisierung zur Entlassung von großen Teilen der Beschäftigten führen. Vielmehr geben Träger der Sozialversicherung an, dass die Digitalisierung dazu dienen soll, Geschäftsabläufe vor dem Hin-

tergrund eines abnehmenden Personalbestandes funktionsfähig zu halten. Andererseits sollte allerdings im Auge behalten werden, dass wenn der demographische Wandel nicht ausreicht, um die wegfallenden Tätigkeiten und Arbeitsplätze auszugleichen, es eine adäquate Weiterqualifizierung oder eine soziale Absicherung der Beschäftigten braucht. Konzepte – u. a. zur Personalentwicklung und Schulung – sind bei vielen Trägern der Sozialversicherung noch in zu geringem Maße vorhanden. Anforderung ist, dass Digitalisierung mit Qualifizierung einhergehen muss um eine adäquate Anwendung der neuen Techniken und damit eine Entlastung der Beschäftigten sicherzustellen.

Bei der Einführung von digitalen Techniken werden die Beschäftigten je nach Träger sehr unterschiedlich unterstützt. Während einige Träger ihren Beschäftigten umfassend in neue Programme einarbeiten und auch Multiplikatoren in den Abteilungen einsetzen, sind andere Beschäftigte sich weitgehend selbst überlassen.

Insgesamt zeigt sich, dass die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung bisher sehr anpassungs- und wandlungsfähig gewesen sind. Auch für die Zukunft stellen sich Herausforderungen für die Ausgestaltung der Sozialversicherung. Handlungsgrundlagen für Anpassungen in der Sozialversicherung können folgende Ansatzpunkte darstellen, die im Rahmen unserer Untersuchung identifiziert worden sind.

1. Politik und Trägerinstitutionen haben die Aufgabe, das System der Sozialversicherung weiter nachhaltig und zukunftsfähig auszugestalten

Es ist Rahmen dieser Branchenstudie nicht möglich, alle Reformbedarfe und Reformansätze für das System der deutschen Sozialversicherung umfassend zu diskutieren. Der Überblick über die Finanzierung, Leistungsansprüche und Anspruchsberechtigung in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung hat gezeigt, welche großen und direkten Einfluss sozialpolitische Entscheidungen auf die Ausgestaltung der Sozialversicherung haben. Begünstigt durch die gute wirtschaftliche Entwicklung sind in den letzten Jahren nur wenig Schwierigkeiten bei der Finanzierung in vielen Teilen der Sozialversicherung aufgetreten. Dies kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die sozialen Sicherungssysteme in der Finanzierung vor großen Herausforderungen stehen. Der demographische Wandel wird in absehbarer Zeit zu beträchtlichen Ausgabensteigerungen führen, gleichzeitig reichen die erworbenen Ansprüche bei Teilen der Bevölkerung nicht aus, um den Lebensstandard auf dem bisher gewohnten Niveau zu halten. Die mittel- und langfristigen Finanzierungsprobleme der Sozialversicherungen lassen sich auf jeden Fall

nicht allein durch Effizienzsteigerungen bei den Versicherungsträgern lösen.

2. Die Selbstverwaltung führt zur sozialen Effizienz und stützt die Mitbestimmung. Die Vorteile der Selbstverwaltung müssen erhalten bleiben.

Versicherte und Arbeitgeber finanzieren durch ihre Beiträge die einzelnen Sozialversicherungszweige. Daher ist die Selbstverwaltung durch gewählte Vertreter/innen in den Organen der Versicherungsträger ein wichtiges Instrument, das es Versicherten und Arbeitgebern ermöglicht, die Arbeitsweise der Sozialversicherungsträger unmittelbar mitzubestimmen. Ihre vielfältigen und unterschiedlichen Interessen können bereits im System der Sozialverwaltung einem Ausgleich zugeführt werden. Die Selbstverwaltung muss als entscheidende Kontroll- und Beratungsinstanz erhalten bleiben und ihre Rechte dürfen nicht weiter eingeschränkt werden.

3. Personalabbau und eine enge Personalbemessung führen bei den Beschäftigten in den Trägern der Sozialversicherung zu zunehmender Arbeitsintensivierung und Arbeitsverdichtung. Gute Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen sind zu erhalten.

Gute Arbeit in der Sozialversicherung muss vor allem bei der Personalausstattung ansetzen. Die Strategie der Kosteneinsparung im Personalbereich bei steigenden Versichertenzahlen und verwaltungstechnischen Vorgaben für eine Verringerung der Personalausstattung sollten nicht der alleinige Maßstab sein. Mitarbeitervertretungen sind hier gefordert, ihre Ideen einzubringen.

4. Bisher hat die Digitalisierung der Sozialversicherung in der Wahrnehmung der Mitarbeiter/innen nur wenig positive Auswirkungen auf Arbeit und Beschäftigung mit sich gebracht. Digitalisierungsprozesse sollten bessere Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten ermöglichen.

Die Digitalisierung der Sozialversicherung wird in den nächsten Jahren weitergehen. Für eine positive Gestaltung dieser Prozesse ist es notwendig, die Mitarbeiter/innen bei den Digitalisierungsvorhaben einzubinden und ihre Interessen und Anforderungen bei der Ausgestaltung der Digitalisierung zu berücksichtigen. Eine Reihe von Betriebs- und Tarifvereinbarungen setzen bereits hier an und fordern z. B. Qualifikationsansprüche für Beschäftigte, einen speziellen Gesundheitsschutz und Regelungen zur Flexibilisierung des Arbeitsortes und der Arbeitszeit. Di-

gitalisierung soll ermöglichen, die Handlungsspielräume von Beschäftigten zu erhöhen.

Literatur

- Albrecht, Martin/Möllenkamp, Meilin/Nolting, Hans-Dieter/Hildebrandt-Heene, Susanne (2016): Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung: Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. Study der Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Nr. 332, Düsseldorf.
- Ames, Anne (2008): Arbeitssituation und Rollenverständnis der persönlichen Ansprechpartner/-innen nach § 14 SGB II. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
https://www.boeckler.de/pdf_fof/96612.pdf.
- Anderson, Karen (2015): The politics of incremental change: institutional change in old-age pensions and health care in Germany. In: Labour Market Research, Nr. 48, S. 113–131.
- Bäcker, Gerhard (2020): Dauerbaustelle Sozialstaat: Chronologie gesetzlicher Neuregelungen in der Sozialpolitik seit 98–2019. IAQ-Forschung Nr. 01/2020, Universität Duisburg-Essen.
- Baumeister, Katharina/Hartje, Andreas/Knötig, Nora/Wüstrich, Thomas (2013): Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 277, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_277.pdf.
- Becker, Raimund/Kohn, Karl-Heinz (2015): Dreifacher Paradigmenwechsel in der Arbeitsförderung. In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 419–432.
- Behrens, Beatrix (2011): Das integrierte Personalmanagement der Bundesagentur für Arbeit. DGFP HRM Contest 2011, Deutsche Gesellschaft für Personalführung e. V. (DGFP).
https://www.dgfp.de/hr-wiki/Das_integrierte_Personalmanagement_der_BA.pdf.
- Behrens-Potratz, Anja/Zerres, Christopher (2017): Kundenmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, S. 180–195.
- Bender, Gerd/Bieber, Daniel/Hielscher, Volker/Marshall, Jörg/Ochs, Peter/Vaut, Simon (2006): Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso), Berlin und Saarbrücken: Peter Ochs.

Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (o. J.):
Die Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaft. Ein Leitfadens für
das Ehrenamt.

<https://medien.bgetem.de/medienportal/artikel/RDAwMw-->.

Boss, Alfred (2018): Bundesagentur für Arbeit: Warum eine sofortige
Beitragssatzsenkung geboten ist. Kiel Policy Brief, Nr. 114, Kiel
Institut für Weltwirtschaft (ifw). https://www.ifw-kiel.de/fileadmin/Dateiverwaltung/IfW-Publications/-ifw/Kiel_Policy_Brief/Kiel_Policy_Brief_114.pdf.

Bundesagentur für Arbeit (o. J.) Beschreibung: Duale Ausbildung
Sozialversicherungsfachangestellte/r Unfallversicherung.
https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index;BERUFENE_TJSESSIONID=I47UsMk-dBwhY7YWeEcPkF7xaGd_br9Ucw7fLXWtwDneF38ZMUvV!916216334?path=null/kurzbeschreibung&dkz=7932&such=Sozialversicherungsfachangestellte%2Fr+-+Unfallversicherung.

Bundesagentur für Arbeit (2015): Weißbuch „Arbeiten 4.0“ – Antworten
der BA auf die Herausforderungen der Digitalisierung. Berlin.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf?__blob=publicationFile.

Bundesagentur für Arbeit (2018): Haushaltsplan 2019, Nürnberg.
https://www.arbeitsagentur.de/datei/hp-2019_ba033560.pdf.

Bundesagentur für Arbeit (2019a): Geschäftsbericht 2018, Nürnberg.
https://www.arbeitsagentur.de/datei/geschaeftsbericht-2018_ba044391.pdf.

Bundesagentur für Arbeit (2019b): Haushaltsplan 2020, Nürnberg.
https://www.arbeitsagentur.de/datei/nhp-2019_ba900136.pdf.

Bundesagentur für Arbeit (2020a): Entwicklung der Mitarbeiterkapazität
in der BA: Haushalt der Bundesagentur für Arbeit: Personalhaushalt
2020, Nürnberg, 14.04.2020, interne Auswertung.

Bundesagentur für Arbeit (2020b): Informationen zum Haushalt der BA
2008–2019 sowie Daten zum Haushaltsabschluss 2019, Nürnberg,
interne Auswertung.

Bundesministerium des Inneren/Bundesverwaltungsamt (2018):
Handbuch für Organisationsuntersuchungen und
Personalbedarfsermittlung.
http://www.orghandbuch.de/OHB/DE/ohb_pdf.pdf?__blob=publicationFile.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Sozialbericht 2017.
<https://www.vgds.de/wp-content/uploads/2017/08/a-101-17-sozialbericht-2017.pdf>.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren gemäß § 154 Abs. 1 und 3 SGB VI. Rentenversicherungsbericht 2019.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/rentenversicherungsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=4.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): Sozialbudget 2018.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a230-18-sozialbudget-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Einführung der Grundrente für langjährige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichem Einkommen und für weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Alterseinkommen (Grundrentengesetz). Bearbeitungsstand: 19.02.2020.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/Regierungsentwuerfe/reg-gesetz-zur-einfuehrung-der-grundrente.pdf;jsessionid=8BE422345234952C3DB39B551CEDA0C2?__blob=publicationFile&v=4.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2009): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2007. Unfallverhütungsbericht Arbeit.
https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2007.pdf?__blob=publicationFile.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Berichtsjahr 2018. Unfallverhütungsbericht Arbeit.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2019/bericht-sicherheit-und-gesundheit-bei-der-arbeit-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019a): Daten des Gesundheitswesens 2019.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_DdGW_2019_bf.pdf.

- Bundesministerium für Gesundheit (2019b): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln –.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2019Bund_Juli_2019.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020a): Gesetzliche Krankenversicherung Personal- und Verwaltungskosten der GKV 2018.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/KG1_2018.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf.
- Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.
https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf.
- Buslei, Hermann/Gallego-Granados, Patricia/Geyer, Johannes/Haan, Peter (2019): Rente mit 67: Der Arbeitsmarkt für Ältere wird entscheidend sein. DIW Wochenbericht 86, DIW, Berlin, S. 275–283.
https://www.diw.de/de/diw_01.c.619377.de/publikationen/wochenberichte/2019_16/rente_mit_67_der_arbeitsmarkt_fuer_aeltere_wird_entscheidend_sein.html.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010): Sicher Arbeiten – 125 Jahre Gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland 1885 – 2010.
<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2070>
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.
https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2015): Präventionskampagne „Kultur der Prävention“ 2017–2026.
https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/kampagnen/praev_kampagnen/ausblick/ppt-kultur.pdf.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017): Industrie 4.0: Herausforderungen für die Prävention – Positionspapier der gesetzlichen Unfallversicherung.
<https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/arbeitsvierpunktnull/pospap-2-2017.pdf>.

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2018a): DGUV-Statistiken für die Praxis 2017: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.
<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3510>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2018b): Verwaltung mit wenigen Klicks. In: DGUV Kompakt, September 2018, Berlin
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2018c): Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention.
<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3533>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2019): Prävention erreicht ein Fünftel aller Betriebe. In: DGUV Kompakt Juli/August 2019.
- Deutsche Rentenversicherung (2019): Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2019. DRV-Schriften, Band 22.
- Deutsche Rentenversicherung (o. J.): Rentenatlas 2019: Die Deutsche Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends.
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rentenatlas/2019/rentenatlas_2019_download.pdf?blob=publicationFile&v=6.
- Deutscher Bundestag (2017): Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2016. Drucksache 19/270.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/002/1900270.pdf>
- Deutscher Bundestag (2019a): Kleine Anfrage der Abgeordneten Johannes Vogel (Olpe) u. a. der Fraktion der FDP: Deutsche Rentenversicherung. Drucksache 19/10955.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/109/1910955.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2019b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Johannes Vogel (Olpe) u. a. der Fraktion der FDP: Deutsche Rentenversicherung. Drucksache 19/11729. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/117/1911729.pdf>.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2019): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes für eine Faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz).
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/GKV-FKG/19-04-18_DGB_Stellungnahme_GKV_FKG_RefE.pdf.

- Drabinski, Thomas/Pfeiffer, Doris/Greß, Stefan/Kifmann, Mathias (2018): Diskussion um die Krankenversicherung: Wie könnte ein effizientes und solidarisches Gesundheitssystem funktionieren? Ifo Schnelldienst, Jg. 71, H. 5, Ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München (Hrsg.), München, S. 3–17.
- Eckert, Daniel (2018): Die fragwürdige Milliarden-Rücklage der Arbeitsagentur. In: Die Welt, 08.06.2018.
<https://www.welt.de/wirtschaft/article177150352/Arbeitsagentur-baut-fragwuerdige-Ruecklagen-aus-Beitraegen-auf.html>.
- Ehrentraut, Oliver/Moog, Stefan (2017): Zukunft der gesetzlichen Rentenversicherung. Möglichkeiten und Grenzen ausgewählter Reformvorschläge. Study der Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Nr. 345, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_345.pdf.
- Eichendorf, Walter (2016): Die Zukunft des Arbeitsschutzes aktiv gestalten. Arbeiten 4.0 und die Rolle der gesetzlichen Unfallversicherung. <https://www.sifa-sibe.de/fachbeitraege/arbeiten-4-0-und-die-rolle-der-gesetzlichen-unfallversicherung/>.
- Einsiedler, Eberhard (2012): Perspektive Qualität. Nürnberg.
https://www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/121213_bundesagentur_a_nalyse.pdf.
- Fichte, Damian (2012): Rücklagen in der gesetzlichen Sozialversicherung: Zweckbindung und sachgerechte Bemessung. KBI Sonderinformation, Nr. 65, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler e. V., Berlin.
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/56043/1/688525059.pdf>.
- Gauss, Linda/Heil, Nora/Scharfe, Simone (2011) Die gesetzliche Sozialversicherung in der Finanz- und Personalstatistik. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Juli 2011, S. 676–688.
- Geißler, Jens (2017): Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management. Ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 9, Institut für Gesundheit & Soziales, Essen.
- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (2015): Ein Drittel aller Schreiben erreicht die Versicherten bereits digital.
<https://www.gdv.de/de/themen/news/ein-drittel-aller-schreiben-erreicht-die-versicherten-bereits-digital-19214>.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Wichtigste Zahlen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgb_etol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=20941552&nummer=560&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=43795584.
- Hausner, Karl Heinz/Weber, Enzo (2017): BA-Haushalt stabilisiert die Konjunktur. IAB-Kurzbericht 3/2017, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg. <http://doku.iab.de/kurzber/2017/kb0317.pdf>.
- Herrmann, Klaus/Buchheim, Christin (2014): Auswirkungen des Lebenszeitprinzips bei Dienstordnungsangestellten. In: LKV Landes- und Kommunalverwaltung, Heft 2/2014 S. 49–96.
- Hummel, Karin/Cusumano, Vincenzo/Schumann, Iris (2015): Herausforderung für die Sozialversicherung – Ergebnisse einer Erhebung unter den Sozialversicherungsträgern. In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 87–112.
- Institut Arbeit und Qualifikation (o. J.): Ausgaben für Leistungen nach dem SGB II 2010 – 2018. Universität Duisburg- Essen. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV75.pdf
- Institut für den öffentlichen Sektor e. V. (2010): Organisationsreformen von Sozialversicherungsträgern. In: Public Governance – Zeitschrift für öffentliches Management, Winter 2010/2011, gefördert durch KPMG. https://publicgovernance.de/media/PG_Winter_2010_Schwerpunkt_Sozialversicherungstraeger.pdf.
- Igel, Christian (2018): Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung: Entwicklung, Probleme und Reformmodelle. In: Peter Land International Academic Publishers (Hrsg.): Allokation im marktwirtschaftlichen System. Band 58, Bern.
- Kaps, Petra/Schütz, Holger (2007): Privatisierung von Arbeitsvermittlungsdienstleistungen – Wundermittel zur Effizienzsteigerung? Eine Bestandsaufnahme deutscher und internationaler Erfahrungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

- Keck, Thomas (2015): Die Rolle der Sozialversicherung in Deutschland. In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 5–14.
- Klemens, Uwe (2019): Stellungnahme des Einzelsachverständigen Uwe Klemens alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG). München. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/2019_12_GKV_FKG_schriftliche_Stellungnahmen.pdf.
- Kochskämper, Susanna/Pimpertz, Jochen (2017): Die gesetzliche Alterssicherung auf dem Prüfstand. IW-Analysen Nr. 115, Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln.
- Kommission Verlässlicher Generationenvertrag (2020): Bericht der Kommission verlässlicher Generationenvertrag. Kurzfassung. https://www.verlaesslicher-generationenvertrag.de/media/2020-03-27_kurzfassung.pdf.
- Kotter, Paul M./Dorn, Thomas (2017): Personalmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag S. 358–367.
- Kranig, Andreas (2008): Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung. Vollzogene und noch zu erwartende Änderungen. In: Trauma und Berufskrankheit, Jg. 11, S. 24–29.
- Kronenberg, Volker (2015): Sozialversicherungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungslinien-Herausforderung – Perspektiven. In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 55–68.
- Kumpmann, Ingmar (2012): Mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb in der sozialen Krankenkasse? WSI Mitteilungen, Nr. 4/2012, S. 262–271.
- Meier, Andreas (2019): Datenverarbeitung in der Rentenversicherung. Studententext Nr. 31, Deutsche Rentenversicherung. https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studententexte/Datenverarbeitung/31_datenerarbeitung_in_der_rv.pdf;jsessionid=678822431FB9A7ED03E4FF8A176E19C3.delivery2-8-replication?blob=publicationFile&v=1.

- Monopolkommission (Hrsg.). (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75.
https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf.
- Moos, Gabriele/Brüggemann, Frank (2017): Informationsmanagement und Controlling in Krankenversicherungen. In: Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag S. 431–447.
- Neumann, Frank (o. J.): Krankenversicherung 3.0: eHealth, Social Media, Workflow. Big-direkt gesund.
<http://www.ccehr.de/f54c0a287a805a8cc12569b300379834/%24FILE/ATTCGJ7R/Neumann.pdf>.
- Nürnberger, Ingo (2015): die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung – gewerkschaftliche Überlegungen. In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 811–825.
- Olejinczak, Michael/Salmon, Dirk/Matiaske, Wenzel/Fletze, Simon (2014): Arbeitsbedingungen in Jobcentern – Gemeinsame Einrichtungen nach § 44b SGB II: Mitarbeiterbefragung zum Arbeitsumfeld, psychischer Belastung und Arbeitszufriedenheit. Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e. V., Bericht Nr. 28, Berlin.
- Pfeiffer, Doris (2009): Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes. In: Bandelow, Nils/Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin (Hrsg.): Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 128–134.
- Pimpertz, Jochen (2010): Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 37, H. 2, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln, pS. 75–90.
- Preissl, Brigitte (2015): Zukunftsfähigkeit des Rentensystems. Wirtschaftsdienst 95 (13), S. 2–6.
- Quasdorf, Doris (2014): Die gesetzliche Krankenversicherung. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), KBV-Fortbildungshefte 2.
https://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Fortbildungsheft_2_web_Version.pdf.

- Radić, Dubravko/Radić, Marija/Schindler, Cornelia;
Hupfer, Sebastian/Pohl, Anne-Sophie/Schuldt, Nicole/Richter-Worch,
Vicki (2018): Digitalisierung im Krankenversicherungsmarkt: Stand
der Digitalisierung in gesetzlichen und privaten
Krankenversicherungen. Fraunhofer-Zentrum für Internationales
Management und Wissensökonomie, Universität Leipzig,
Gesundheitsforen Leipzig GmbH.
<https://www.fom.de/2017/oktober/digitalisierung-in-der-sozialversicherung-ueber-besonderheiten-und-erfolgskriterien.html>.
- Raffelhüschen, Bernd/Moog, Stefan/Vatter, Johannes (2011):
Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung. Studie des
Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der Initiative
Neue Soziale Marktwirtschaft.
- RehaNews24 (2018): Digitalisierung im Reha-Management – MSR seit
Anfang 2018 erfolgreich im Einsatz.
<https://rehanews24.de/digitalisierung-im-reha-management-msr-seit-anfang-2018-erfolgreich-im-einsatz/>
- Rövekamp, Marie (2017): Wie verheeren die Arbeitsbedingungen in
Jobcentern sind. <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/arbeit-im-jobcenter-wie-verheerend-die-arbeitsbedingungen-in-jobcentern-sind/19737004.html>.
- Rüsch, Holger (2014): Ganzheitliches Personalentwicklungskonzept zur
Gewinnung von Führungskräften am Beispiel der Deutschen
Rentenversicherung Westfalen. VM Verwaltung & Management
20(1), S. 39–51.
- Sauerland, Dirk/Wübker, Ansgar (2010): Die Entwicklung der Ausgaben
in der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2050 – bleibende
Herausforderung für die deutsche Gesundheitspolitik. Discussion
Papers, No. 4/2010, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für
Wirtschaftswissenschaft (Hrsg.), Witten.
- Schillinger, Herbert (2013): Die Online-Dienste der Deutschen
Rentenversicherung. 9. Aktuelles Presseseminar am 29. und 30.
Oktober 2013 in Würzburg.
https://www.bome.net/BOME_2016/images/logge-JT-2016/Anlage%207%20-%20Info%20der%20RV%20zu%20BEA.PDF.
- Schmidt, Christoph M. (2015): Rentenpolitik im Angesicht des
demografischen Wandels: Problemverschärfung statt Rationalität.
Wirtschaftsdienst 95(13), S. 7–15.

- Schreyögg, Jonas/Busse, Reinhard (2017): Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag S. 23–54.
- Schrinner, Axel (2018): Die Agentur für Arbeit muss effizienter werden. <https://www.handelsblatt.com/meinung/kommentare/kommentar-die-agentur-fuer-arbeit-muss-effizienter-werden/23231576.html?ticket=ST-40464889-SqsDcEFQXgJABUvnbCbG-ap2>.
- Schütz, Holger (2008): Reform der Arbeitsvermittlung. Bundesagentur für Arbeit, Opladen/Berlin/Toronto: Budrich UniPress.
- Statista (2020a): Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung in Deutschland von 2000 bis 2018 (in 1.000). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155230/umfrage/anzahl-der-versicherten-in-der-schuelerunfallversicherung/>.
- Statista (2020b): Versicherte der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Deutschland von 1998 bis 2018 (in 1.000). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318598/umfrage/versicherte-der-gewerblichen-berufsgenossenschaften/>.
- Statista (2020c): Versicherte der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Deutschland von 1998 bis 2018 (in 1.000). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318628/umfrage/versicherte-der-landwirtschaftlichen-berufsgenossenschaften/>.
- Statista (2020d): Versicherte der öffentlichen Unfallversicherungsträger in Deutschland von 1998 bis 2018 (in 1.000). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318630/umfrage/versicherte-der-oeffentlichen-unfallversicherungstraeger/>.
- Statistisches Bundesamt (2019): Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes. Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Oeffentlicher-Dienst/Publicationen/Downloads-Oeffentlicher-Dienst/personal-oeffentlicher-dienst-2140600187004.pdf?__blob=publicationFile.
- Steffen, Johannes (2019): Sozialpolitische Chronik. <http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/Sozialpolitische-Chronik.pdf>.
- Stiftung Warentest (2019): Gesetzliche Rentenversicherung im Test: Rentenberatung mit großen Mängeln. Finanztest, Nr. 10/2019, <https://www.test.de/Gesetzliche-Rentenversicherung-im-Test-Rentenberatung-mit-grossen-Maengeln-4802848-0/>.
- Stocksmeier, Dirk/Hunnius, Sirko (2018): OZG-Umsetzungskatalog. Digitale Verwaltungsleistungen im Sinne des Onlinezugangsgesetzes, Berlin.

ver.di (2017): Einzige Sorge: Stromausfall. ver.di publik, Nr. 5, S. 12–13.

ver.di (2018): HPR-Aktuell 10/2018.

https://sozialversicherung.verdi.de/++file++5c68f2772d9efb6bd1043fa7/download/verdi-Sozialversicherung_BA-HPR-aktuell_News-2018-10.pdf.

ver.di (2019a): Der Personalabbau in der BA muss gestoppt werden!

Belastungssituation der Beschäftigten zu hoch, Personalräte und Bundesfachgruppenvorstand schlagen Alarm.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/bundesagentur-fuer-arbeit/++co++ab4ca39a-fa48-11e9-9fec-525400940f89>.

ver.di (2019b): HPR-Aktuell 04/2019.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/bundesagentur-fuer-arbeit/++co++dc172a8a-59bd-11e9-90c6-001a4a160100>.

ver.di (2019c): HPR-Aktuell 05/2019.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/bundesagentur-fuer-arbeit/++co++b7eac4c6-72f6-11e9-a53a-001a4a160100>.

ver.di (2019d): HPR_aktuell, Ausgabe 08/2019.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/bundesagentur-fuer-arbeit/++co++33c87adc-bd0e-11e9-92b8-525400f67940>.

ver.di (2019 e): Stellungnahme der Vereinten

Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG). BT-Drucksache 19/15662, 12. Dezember 2019, Berlin.

ver.di (2019f): Stellungnahme der Vereinten

Dienstleistungsgewerkschaft -ver.di zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) zur Erörterung des Bundesministeriums für Gesundheit am 11. Juni 2019. Berlin.

ver.di (o. J.a): Arbeiten in der Deutschen Rentenversicherung 4.0 – ein

Positionspapier. http://www.verdi-drv-bayernsued.de/pdf/Flugblatt_BFGV_Positionspapier_AdZ.pdf.

ver.di (o. J.b): Arbeitskreis Jobcenter: Die ersten 100 Tage sind noch nicht vorbei.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/jobcenter/++co++ae29c864-6e20-11e8-8eb7-525400f67940>.

ver.di (o. J.c): „BA der Zukunft“? Nicht ohne uns.

https://sozialversicherung.verdi.de/++file++5db835a551b57321688e61dd/download/verdi-Sozialversicherung_BFGV-BA_Flugblatt_2019-10-29_Personalabbau-beenden.pdf.

ver.di (o. J.d): Informationsgespräch BA und Gewerkschaften.

<https://sozialversicherung.verdi.de/fachgruppen/arbeitsverwaltung/bundesagentur-fuer-arbeit/++co++9dba769a-25f0-11e8-866b-525400940f89>.

Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e. V. (2019): Reform der

Unfallversicherung. Positionspapier. <https://www.vbw-bayern.de/Redaktion/Frei-zugaengliche-Medien/Abteilungen-GS/Sozialpolitik/2019/Downloads/Position-gesetzliche-Unfallversicherung.pdf>.

von Miquel, Marc (2015): Von Bismarcks „Wechselbalg“ zu Adenauers Rentenreform, Einführung in die Geschichte der Sozialversicherung.

In: Mülheims, Laurenz/Hummel, Karin/Peters-Lange, Susanne/Toepler, Edwin/Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 27–40.

Wagner, Gert (2015): Handlungsoptionen für die Rentenpolitik – Wie kann Alterssicherung nachhaltig(er) werden? Wirtschaftsdienst 95(13), S. 34–40.

Wellmann, Holger/Lempert-Horstkotte, Jürgen (2009) Die präventiven Potentiale der Unfallversicherung: zwischen Good Practice und verpassten Reformchancen. edition sigma, Berlin.

Werding, Martin (2016): Rentenfinanzierung im demographischen Wandel: Tragfähigkeitsprobleme und Handlungsoptionen.

Arbeitspapier 05/2016, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201617/arbeitspapiere/arbeitspapier_05_2016.pdf.

Zanker, Claus (2019): Ämter ohne Aktenordner. E-Government & Gute Arbeit in der digitalisierten Verwaltung. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn,

<https://www.fes.de/themenportal-gewerkschaften-und-gute-arbeit/artikelseite/aemter-ohne-aktenordner>.

Alle Internetseiten wurden zuletzt am 1. Oktober 2020 aufgerufen.

Autor und Autorin

Steffen Gabriel, M. A. Politikwissenschaft und Berater bei wmp consult – Wilke Maack GmbH, Hamburg. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Digitalisierungsthemen, Branchenstudien, Arbeitsmarktanalysen und Beschäftigungspolitik sowie Gutachten zur wirtschaftlichen Situation.

Katrin Vitols, Dr. sc. pol, ist Politologin und Senior Consultant bei der Unternehmensberatung wmp consult – Wilke Maack GmbH, Hamburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssysteme, industrielle Beziehungen, Corporate Social Responsibility/Nachhaltigkeit und Corporate Governance.

Die Branchenstudie analysiert wirtschaftliche, gesetzliche, technologische und organisatorische Veränderungen bei den Trägern der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung und die Auswirkungen dieser Veränderungen auf Arbeit und Beschäftigung. Veränderte Vorgaben der Aufsichtsbehörden, gesetzliche Neuregelungen und eine stärker auf Optimierung und Effizienz ausgerichtete Verwaltung führen zu einem Anpassungs- und Veränderungsdruck, der sich in veränderten Tätigkeits- und Leistungsanforderungen für die Beschäftigten in den Sozialversicherungszweigen niederschlägt.
