



Praxismodelle für mehr Versichertennähe in gesetzlichen Krankenkassen

Eine Studie im Auftrag der IG Metall

Herausgeber	Industriegewerkschaft Metall, Vorstand, Funktionsbereich Sozialpolitik Wilhelm-Leuschner-Straße 79, 60329 Frankfurt am Main
Verantwortlich	Christoph Ehlscheid
Autorinnen und Autoren	Andreas Hartje, Dr. Nora Knötig und Prof. Dr. Thomas Wüstrich, Universität der Bundeswehr München
Redaktionelle Mitarbeit	Angelika Beier
Gestaltung	Lingovision Hamburg/Gelsenkirchen
Bildnachweis	Werner Bachmeier (Titel), Agnes Stoffels
Druck	Druckhaus Dresden GmbH
Auflage	Zweite, überarbeitete Auflage, Februar 2013
Copyright	© 2012 by IG Metall, Frankfurt am Main

Inhalt

Vorwort.....	3
1 Legitimation durch gute Versorgung, Versichertennähe und Transparenz	4
2 Theorie und Systematik der Modelle zur Herstellung von Versichertennähe in der GKV	6
2.1 Versichertenälteste/Versichertenberater	6
2.2 Regionalbeiräte/Regionalausschüsse/Bezirksräte	7
2.3 Aufbauorganisatorische Einordnung der Praxismodelle.....	8
2.4 Versichertenberater und Regionalbeiräte aus der Perspektive der betroffenen Systemakteure	9
2.5 Chancen und Risiken von Praxismodellen: Pluralismus versus Korporatismus	14
3 Empirie der Modellvarianten	17
3.1 Stichprobe	17
3.2 Ausprägungen der Modellvarianten und Beispiele	17
4 Erfolgsfaktoren.....	22
5 Zusammenfassung	27
6 Anhang	29
6.1 Literatur.....	29
6.2 Abkürzungsverzeichnis.....	29
Materialien	31

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

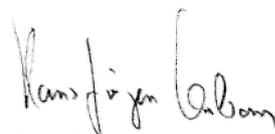
Eine wichtige Aufgabe der Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenkassen ist es, im Interesse der Versicherten den Auf- und Ausbau einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung voranzutreiben. Diese Aufgabe kann die Selbstverwaltung nur erfüllen, wenn sie auch weiß, wie der tatsächliche Versorgungsbedarf ist und was die Versicherten und Patienten unter einer solchen Versorgung verstehen. Gar keine leichte Aufgabe, zumal durch die vielen Fusionen der letzten Jahre die Kassen größer werden und immer mehr Kassen bundesweit agieren. Unter diesen Bedingungen ist es für die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter schwierig, den Kontakt zu den Versicherten aufrecht zu erhalten und das Versorgungsgeschehen im Blick zu behalten. Ob Krankenhausbedarfsplanung, die Verbesserung der Bedingungen im Bereich der häusliche Pflege oder die ausreichende Versorgung durch niedergelassene Ärzte: Ohne Berücksichtigung der regionalen und örtlichen Besonderheiten ist eine bedarfsgerechte Versorgung nur schwer zu gewährleisten.

Um nah an der Versorgungsrealität und nah an den Versicherten zu sein, braucht die Selbstverwaltung eine regionale und örtliche Verankerung und Arbeitsstrukturen, die die Kommunikation mit Versicherten und Patienten fördern. Ein Beitrag hierzu könnte der Aufbau von Versichertenberatern bzw. Vertrauenspersonen in der GKV analog den Versichertenältesten der gesetzlichen Rentenversicherung sein. Das SGB IV (§ 39) lässt deren Einführung zwar zu, aber nur we-

nige Kassen nutzen bisher diese Möglichkeit einer engeren Bindung zu den Mitgliedern vor Ort bzw. in den Betrieben. Doch welches Modell ist empfehlenswert? Welche Erfahrungen können im Sinne einer guten Praxis wegweisend sein?

Um dies heraus zu finden, hat die IG Metall Wissenschaftler der Universität der Bundeswehr München beauftragt, einige der bisherigen Praxismodelle zu untersuchen. Die Ergebnisse der Studie wurden auf der Selbstverwaltertagung im November 2012 vorgestellt. Das Team Hartje/Knötig/Wüstrich plädiert für ein 3-Ebenen-Modell: Zusätzlich zum Verwaltungsrat sollte nicht nur ein flächendeckendes Netz von örtlichen Versichertenberatern aufgebaut werden, zudem sollte die Selbstverwaltung im Hinblick auf das regionale Versorgungsgeschehen über Regionalbeiräte verankert sein.

Die Empfehlungen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können in den kommenden Jahren eine Hilfestellung für all die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter sein, die vorhandene Strukturen ausbauen oder neue aufbauen wollen, um mehr Versichertennähe und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.



Hans-Jürgen Urban

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

1 Legitimation durch gute Versorgung, Versichertennähe und Transparenz

Die Frage nach der Legitimation sozialer Selbstverwaltung wird aus gewerkschaftlicher Perspektive häufig kontrovers und engagiert unter den Aspekten von Ur- oder Friedenswahlen – also unter inputlegitimatorischen Gesichtspunkten – diskutiert.¹ Dem gegenüber kann sich der »Mehrwert« einer versicherten- und arbeitnehmerorientierten Selbstverwaltungsarbeit aber auch aus ihrem Beitrag zur Gewährleistung einer »guten« Versorgung von Versicherten und Patienten ergeben.² Neben der für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbaren Vorteilhaftigkeit dieser primär versorgungsorientierten Herangehensweise an das Thema »Selbstverwaltung« könnte darüber hinaus diese outputlegitimatorische Orientierung die sozial- und gesundheitspolitische Kampagnenfähigkeit gewerkschaftlicher Listenträger nachhaltig stärken.

Diese betroffenenorientierte und outputbezogene Ausrichtung sozialer Selbstverwaltung in der GKV setzt allerdings voraus, dass die Arbeitnehmer-Selbstverwalter in den diversen Selbstverwaltungsgremien der einzelnen Krankenkassen und ihrer Verbände wissen, was die von ihnen vertretenen Versicherten und Patienten konkret unter einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung verstehen und wo sich gegebenenfalls das Verhältnis zu ihrer Krankenkasse problematisch gestaltet. Da aber aufgrund der Besonderheiten der sozialen Krankenversicherung eine Präferenzfassung bei den Versicherten über die tradierten (»Präferenzenthüllungs«-) Instrumente Wahlen oder Markt³ in der Regel

nicht möglich ist, kommt in diesem Zusammenhang den Selbstverwaltern eine besondere Verantwortung zu. Ihre primäre Aufgabe ist es, in den Entscheidungsgremien betroffenenbezogen und versichertennah für eine nachhaltig bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung Sorge zu tragen.

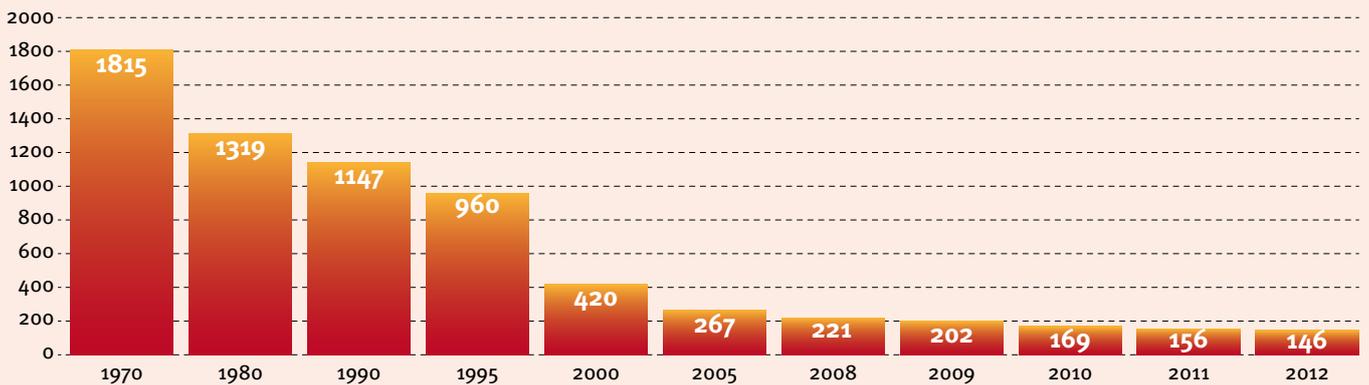
Ein Bedarf an versorgungsorientierter Versichertennähe kann in zweifacher Hinsicht eine Herausforderung für die Selbstverwaltung darstellen, und zwar in einzelfall- und in versichertenkollektivbezogener Hinsicht: Individuell und anlassbezogen als versichertenorientierter Beratungs- und Betreuungsbedarf in einer konkret-persönlichen Problemlage des Versicherten mit seiner Krankenversicherung. Ferner arbeitnehmer- und versichertenbezogen als Beitrag der Selbstverwaltung zur bedarfsorientierten Steuerung des regionalen Versorgungsgeschehens unter Berücksichtigung örtlicher Erfordernisse und Besonderheiten. Hierzu zählen u.a. die Bereiche häusliche Pflege, Krankenhausbedarf (-splanung) sowie eine ausreichende und flächendeckende allgemein-, fach- und spezialärztliche Krankenversorgung durch niedergelassene Ärzte in der Region. Soziale Selbstverwaltung kann in diesem Zusammenhang einen maßgeblichen Beitrag zum verfassungsmäßigen Gebot der Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse leisten, indem sie auf Schief lagen im regionalen Versorgungsgeschehen aufmerksam macht und bei Bedarf im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten für Abhilfe sorgt.

Die Herstellung von betroffenenorientierter Versichertennähe gestaltet sich jedoch für die Arbeitnehmervertreter in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen zunehmend schwieriger: Fusionen und Konkurse gesetzlicher Krankenkassen und die hierdurch bedingte Konzentra-

¹ Siehe hierzu beispielhaft Nürnberger und Frank (2012), S. 148-151.

² Vgl. hierzu Güner (2012), S. 208, Beier, Güner (2011), S.372-376 sowie Baumeister, Hartje, Knötig, Wüstrich (2012), S. 297.

³ Im Zusammenhang mit Wahlen müssen die Wähler spätestens am Wahltag durch eine an ihren Präferenzen orientierte Wahlhandlung ihre Vorliebe für ein bestimmtes (Partei-)Programm offenbaren. Auf einem Markt geschieht diese Präferenzenthüllung durch eine konkrete Nachfrageentscheidung zugunsten oder zuungunsten eines bestimmten Gutes.

Abb. 1: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf – Konzentrationsprozess durch Fusionen

Quelle: GKV Spitzenverband, Angaben zum Stichtag 1. Januar.

tion der Kassenlandschaft lassen die Mitgliederzahlen pro Kasse immer weiter wachsen. Demzufolge gestaltet sich eine direkte, persönliche Kommunikation oder Interaktion zwischen der immer kleiner werdenden Zahl an Verwaltungsräten und dem größeren Kreis der von ihnen repräsentierten Versicherten zunehmend schwieriger, wenn nicht gar unmöglich. So mahnen auch die im Rahmen des HBS-Forschungsprojekts »Soziale Selbstverwaltung in der GKV: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer«⁴ befragten Arbeitnehmervertreter erheblichen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Transparenz ihres Handelns sowie der Kommunikation im Sinne einer Interaktion, also des gegenseitigen kommunikativen Austauschs zwischen ihnen und den Versicherten explizit an. Gerade Letzteres kann einen Mechanismus zur Erfassung von Versicherteninteressen ermöglichen, der zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses genutzt werden kann, das wiederum eine wichtige Voraussetzung

für die Aufnahme und Weitergabe von Bedürfnissen der Versicherten in Bezug auf eine gute Versorgung ist.

Gegenstand dieser Untersuchung sind bereits bestehende Praxismodelle zur Herstellung von Versichertennähe, die geeignet erscheinen, die zunehmende Distanz zwischen Arbeitnehmervertretern und Versicherten zu verringern. Als mögliche Modellvarianten kommen dabei zunächst die auch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und im Bereich einiger Krankenkassen⁵ bewährten Versichertenältesten/Versichertenberater und die bei einigen Krankenkassen bereits eingerichteten Regionalbeiräte/Regionalausschüsse in Betracht.

⁴ Vgl. Baumeister, Hartje, Knötig, Wüstrich (2012), erscheint in Kürze als HBS-Arbeitspapier

⁵ So z. B. bei der AOK Baden-Württemberg und der AOK Plus.

2 Theorie und Systematik der Modelle zur Herstellung von Versichertenähe in der GKV

2.1 Versichertenälteste/Versichertenberater⁶

Die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) sowie die Knappschaft Bahn See verfügen traditionsgemäß seit langem auf der Basis satzungsmäßiger Schlüssel⁷ über ein weit und dicht gespanntes Netz an Versichertenältesten. Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem bei den AOK, waren Versichertenälteste bis in die siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts bekannt, ihre Bedeutung relativierte sich jedoch im Laufe der Zeit, spätestens jedoch mit der wettbewerblichen Neuorientierung der GKV seit 1996⁸. Nicht zu verwechseln sind die Versichertenältesten jedoch mit den häufig in den Personalabteilungen der Betriebe integrierten Vertrauensleuten der Ersatzkassen, deren Aufgabe weniger in der Beratung und Betreuung der Versicherten bestand, sondern vor allem in der Akquise neuer Mitglieder.

In der gegenwärtigen, im Nachgang zu den Sozialwahlen 2011 stehenden sozialpolitischen und wissenschaftlichen Diskussion über die zukünftige Legitimation, Rolle und Bedeutung der sozialen Selbstverwaltung gewinnt die Funktion der Versichertenältesten an neuer Aktualität. So spricht sich der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen in seinem Schlussbericht explizit für eine stärkere Nutzung des Instruments Versichertenberater bei denjenigen Versicherungsträgern aus, die dies noch nicht hinreichend tun.⁹

Gesetzliche Grundlage für die Bestellung von Versichertenältesten im Bereich der GKV ist § 39 Abs. 2 Ziffer 2

SGB IV, der auch den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit einräumt, in ihrer Satzung die Wahl ehrenamtlicher Versichertenältester vorzusehen. Ihre primäre Aufgabe besteht gem. § 39 Abs. 3 SGB IV in der Herstellung, Pflege und dem Ausbau einer ortsnahen Verbindung zwischen einer Krankenkasse und ihren Versicherten sowie in deren umfassender rechtlicher Beratung und Betreuung.¹⁰ Sie fungieren folglich als Bindeglied zwischen der Kasse und ihren Versicherten.

Da die Vorschriften des SGB IV keine Angaben darüber machen, was unter einer ortsnahen Verbindung zu verstehen ist, obliegt es dem Satzungsrecht der Kasse, diesen unbestimmten Rechtsbegriff zu besetzen. Der Beratungsanspruch der Versicherten ergibt sich aus § 14 SGB IV, wonach den Versicherten ein umfassendes und einzelfallbezogenes Recht auf vollständige und richtige Beratung über den ihnen zustehenden Leistungsanspruch zusteht. Welche Aufgaben die Versichertenältesten im Einzelnen erledigen sollen, ergibt sich aus der Satzung der Kasse. Die Beratung soll dafür Sorge tragen, dass die Versicherten ihren gesetzlich unbestimmten Versorgungsanspruch individuell und bedarfsgerecht konkretisieren können.

Unter Betreuung wird dagegen ganz allgemein die Vermittlung von Informationen der Krankenkasse an die Versicherten verstanden, so z. B. in Bezug auf mögliche Organisationsreformen der GKV oder die Einführung des Gesundheitsfonds. Eine Betreuung erfolgt also durch die Information der Versicherten durch die Krankenkasse, ohne dass ein konkretes einzelfallbezogenes Beratungsanliegen besteht.

⁶ Die Begriffe »Versichertenälteste« und »Versichertenberater« werden im Folgenden synonym verwendet.

⁷ Grundsatzbeschluss der BfA-Vertreterversammlung vom 30.5.1961 in der Fassung vom 22.6.1994.

⁸ Vgl. Leopold (2012), S. 226.

⁹ Vgl. Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012), S. 25, 222.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 224.

Durch den fusionsbedingten Rückgang der Anzahl an Krankenkassen geht die Zahl an Arbeitnehmer-Selbstverwaltern ebenfalls zurück. Folglich wächst auch die Distanz zwischen den Selbstverwaltern und den Versicherten. Versichertenberater könnten diese Lücke ausfüllen und so zu einem wichtigen Bindeglied zwischen Krankenkasse und Versicherten avancieren.¹¹ »In fusionsbedingt immer größeren Einheiten ist etwa der Auf- und Ausbau eines regionalen Netzwerks von Vertrauenspersonen oder Versichertenältesten – wie es heute bei einigen Krankenkassen existiert – ein wichtiger Meilenstein.«¹²

2.2 Regionalbeiräte/Regionalausschüsse/Bezirksräte¹³

Im Gegensatz zu den Versichertenältesten sind die Regionalbeiräte/Regionalausschüsse nicht gesetzlich vorgesehen. Ihre Existenz, ihr organisatorischer Aufbau und ihre Einordnung sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten ergeben sich ausschließlich aus den Satzungen der Kassen. Als Beiräte haben sie nur beratende oder empfehlende Funktionen und keine eigenen Entscheidungsbefugnisse.

Häufig spiegeln die Regionalbeiräte hinsichtlich ihrer personellen und ggf. auch paritätischen Zusammensetzung die Mehrheits- und Stimmverhältnisse im Verwaltungsrat einer Gesamtkasse auf regionaler Ebene. Unter der Annahme, dass sich das Versorgungsgeschehen für die Versicherten immer regional konkretisiert, sollen durch die Herstellung eines Regionalbezugs überregional tätige Kassen in der Region verortet werden. Sie geben ihr somit die Möglichkeit, regionale Belange und Besonderheiten im Versorgungsgeschehen im Gesamtkassenhandeln zu berücksichtigen.

¹¹ Vgl. ebd., S. 226.

¹² Urban (2011), S. 364.

¹³ Die Begriffe »Regionalbeirat«, »Regionalausschuss« und »Bezirksrat« werden im Folgenden synonym verwendet.



Foto: Hans-Jürgen Urban spricht über Perspektiven der Selbstverwaltung.

Die Aufgaben der Regionalbeiräte ergeben sich im Einzelnen aus den Satzungen der Krankenkassen.¹⁴ Allen gemeinsam ist jedoch die Herstellung eines Regionalbezugs. Dieser umfasst die Beratung und Unterstützung von Arbeitgebern, Handwerksbetrieben und Selbstverwaltern anderer Sozialversicherungsträger sowie die gesundheitspolitische Unterstützung der geschäftsführenden

¹⁴ So z. B. § 39 Abs. 2 der Satzung der DRV Knappschaft Bahn See (Regionalausschüsse); § 33 Abs. 5 der Satzung der AOK Bayern (Regionalbeiräte); § 26 Abs. 6 der Satzung der AOK Baden-Württemberg (Bezirksräte).

Regionaldirektionen. Im regionalen Kontext geben sie Empfehlungen zur Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik ab. Sie unterstützen das Hauptamt auf regionaler Ebene, indem sie Erfahrungen und Erwartungen aus der Gesellschaft, Arbeitswelt und Wirtschaft in die Entscheidungsprozesse einfließen lassen. Ferner geben sie auch Beschlussempfehlungen zu operativen Maßnahmen auf regionaler Ebene ab, wie z. B. zur Öffnung oder Schließung örtlicher Geschäftsstellen, zu regionalen Marketingmaßnahmen, zur Öffentlichkeitsarbeit, zum regionalen Haushaltsplan, zu Baumaßnahmen, zum Erwerb und zur Veräußerung von Liegenschaften bis hin zur Bestellung der Regionaldirektoren.

2.3 Aufbauorganisatorische Einordnung der Praxismodelle

Die aufbauorganisatorische Einordnung und Verankerung von Versichertenältesten und Regionalbeiräten könnte organisationssystematisch in Anlehnung an den dreistufigen Verwaltungsaufbau der unmittelbaren Bundes- oder Landesverwaltungen erfolgen. In vertikaler Hinsicht ergibt sich dann folgende Gliederungssystematik:

Abb. 1: Aufbauorganisatorische Einordnung und regionale Zuständigkeit von Regionalbeiräten und Versichertenältesten

Zentrale Ebene	Verwaltungsrat
Regionale Ebene	Regionalbeirat/Regionalausschuss/Bezirksrat
Örtliche Ebene	Versichertenberater

Die zentrale Ebene (Zentralstufe) besteht aus den Verwaltungsräten der Einzelkassen sowie ihrer Verbände einschließlich des Spitzenverbandes Bund. Ihre personelle Zusammensetzung einschließlich ihrer Wahl, ihre Aufgaben im Einzelnen, ihre Rechtsform

und ihre organisationsrechtliche Zuordnung ergeben sich aus dem SGB. Ihre regionale Zuständigkeit erstreckt sich in geographischer Hinsicht auf den gesamten Geschäfts- und Tätigkeitsbereich einer Kasse.

Auf der mittleren Ebene (Mittelstufe) stellen die Regionalbeiräte eine Verbindung zwischen der örtlichen und zentralen Stufe her. Sie sind bei den AOK je nach Land sowie bei DRV Knappschaft-Bahn-See unterschiedlich benannt: Regionalbeiräte (AOK Bayern), Bezirksräte (AOK Baden-Württemberg), Regionalausschüsse (Knappschaft). Ihre personelle Zusammensetzung einschließlich der Bestellung oder Wahl ihrer Mitglieder, ihre Aufgaben und ihre organisatorische Einordnung ergeben sich aus der Satzung der Kasse. Ihre regionale Zuständigkeit ergibt sich aus der flächenmäßigen Zuordnung ihrer Regional- bzw. Bezirksdirektion.

Auf der örtlichen Ebene (Unterstufe) sorgen die Versichertenberater für eine betriebs- resp. ortsnahe Verbindung der Versicherten zu ihrer Krankenkasse. Ihre Wahl, örtliche Zuständigkeit und Aufgaben werden auf der Grundlage der Vorschriften des § 39 Abs. 2 und 3 SGB IV in den Satzungen der jeweiligen Krankenkasse geregelt.

Ein geschlossenes Praxismodell zur Herstellung von Versichertenähe sollte aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenzuordnung alle drei Ebenen umfassen. Auf den ersten Blick wird deutlich: Das 3-Ebenen-Modell kann seine volle Funktionalität nur dann entfalten, wenn alle Ebenen besetzt werden. Fehlt eine Ebene, ist das Modell unvollständig. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben und Zuständigkeiten können die verbleibenden Ebenen den Ausfall nur bedingt kompensieren.

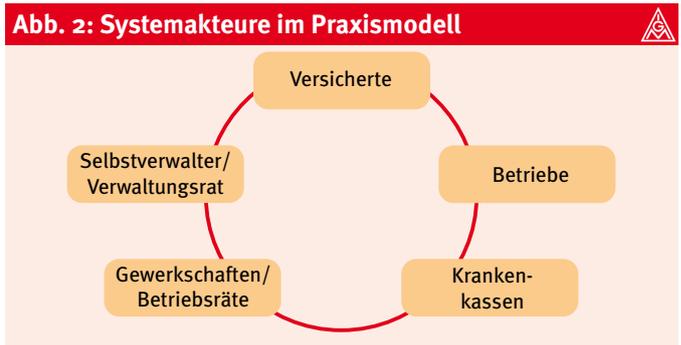
Auch in horizontaler Hinsicht sollte die Verwirklichung der vorgestellten Praxismodelle möglichst vollständig und flächendeckend erfolgen. Auf der Basis erfahrungsgestützter, zweckmäßiger Schlüsselzahlen sollte ein dichtes Netz an Versicherberatern und Regionalbeiräten geknüpft werden, das über die Fläche eine gleichmäßige und vollständige Abdeckung aller Versicherten gewährleistet.¹⁵ Sollen darüber hinaus die Versicherten nicht nur nach dem Zufallsprinzip in den Genuss solcher versichertenaher Beratungs- und Betreuungsarrangements ihrer Selbstverwaltung kommen, so muss ferner sicher gestellt werden, dass alle Kassenarten im Rahmen solcher Netze abgebildet werden. Konkret bedeutet dies, dass die Arbeitnehmer-Selbstverwalter, unabhängig von der jeweiligen Kassenart, in den Verwaltungsräten möglichst aller Kassen die Einrichtung der hier vorgestellten Modelle einfordern.¹⁶ Da im Gegensatz zur Rentenversicherung die Krankenversicherungsträger untereinander in einem ständigen Wettbewerb um Versicherte stehen, wird sich eine organisatorische Einbettung der Versichertenberater in den einzelnen Betrieben möglicherweise als problematisch erweisen: Mit Blick auf ihre Akzeptanz, insbesondere auf der Arbeitgeberseite, muss daher für die Wahrung des innerbetrieblichen Friedens gewährleistet sein, dass die Versichertenberater vor Ort nicht als (Wettbewerbs-)Instrument der Kassen im Kampf um Marktanteile und Mitglieder instrumentalisiert werden.

¹⁵ Die Schlüsselzahlen könnten sich auch in der GKV an den satzungsmäßigen Vorschriften der DRV und der Knappschaft Bahn See orientieren.

¹⁶ Nicht erforderlich sind dagegen solche Modelle zur Herstellung von Versicherten-nähe ggf. in Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich nur auf eine Stadt und/oder einen Landkreis erstreckt und die nur über einen kleinen und übersichtlichen Kreis an Mitgliedern verfügen. Dies dürfte vor allem kleinere, geschlossene Betriebskrankenkassen betreffen.

2.4 Versichertenberater und Regionalbeiräte aus der Perspektive der betroffenen Systemakteure

Praxismodelle zur Herstellung von Versicherten-nähe stehen im Spannungsfeld z. T. konkurrierender Erwartungen, Interessenslagen und Perspektiven: Gesetzliche Krankenkassen, Listenträger/Gewerkschaften, Arbeitnehmer-Selbstverwalter, Betriebe und Versicherte verfolgen aus ihrer jeweiligen Rolle heraus unterschiedliche Zielsetzungen. Die Konstellation der Handlungslogiken der Akteure lässt sich wie folgt darstellen:



Krankenkassen

Gesetzliche Krankenkassen konkurrieren im derzeitigen GKV-Wettbewerbsmodell primär um Versicherte. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich soll verhindern, dass sich der Wettbewerb um Versicherte auf die Akquise sogenannter »guter Risiken« beschränkt. Weitere Wettbewerbsfelder oder -parameter sind mit Ausnahme der Vermeidung von Zusatzbeiträgen derzeit kaum entwickelt. Die einseitige Fokussierung auf den Preiswettbewerb führt im Fall einer Erhebung von Zusatzbeiträgen zu massiven Wanderungsbewegungen zwischen den Kassen. Wollen Kassen wettbewerbsfähig sein, so müssen sie Zusatzbeiträge nach Möglichkeit vermeiden, da diese als Ausdruck schlechten Kassenmanagements angesehen werden und andere Diffe-

renzierungsmerkmale für »gutes« Kassenhandeln gesundheitspolitisch gewollt allenfalls in Ansätzen rudimentär und für die betroffenen Versicherten kaum wahrnehmbar vorhanden sind. Ein Qualitätswettbewerb in Bezug auf eine möglichst gute Versorgung der Versicherten findet aufgrund der weitgehenden gesetzlichen Normierung des Leistungskatalogs und beschränkter wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Kassen folglich kaum statt.

Regionalbeiräte und Versichertenberater können aus Sicht der Krankenkassen in wettbewerblicher Hinsicht aus zwei Gründen vorteilhaft sein:

Zum einen können sie für die Kassen ein wichtiger Wettbewerbsparameter und ein mögliches Alleinstellungsmerkmal sein. Mit ihrer Hilfe werden die Kassen für die Versicherten auf Bezirks- oder Landkreisebene regional präsent und können somit auch auf regionale Belange und Besonderheiten Rücksicht und möglicherweise sogar Einfluss nehmen. Sie geben der Kasse ein regionales Gesicht. Gerade über die Regionalbeiräte ist ein direkter Austausch und eine Vernetzung mit regionalen Entscheidungsträgern und Multiplikatoren, wie Landräten, Bürgermeistern, Gemeinde- und Kreisräten, Handwerksbetrieben sowie örtlichen Arbeitgebern und ihrer Repräsentanten (z. B. in den Kammern), also den so genannten in der Regel tief in der Region verwurzelten örtlichen »Honoratioren« möglich. Umgekehrt haben diese wiederum die Möglichkeit, ihren gesundheitspolitischen Anliegen über die Kassenverbände und hauptamtlichen Kassenvorstände auf Landes- und/oder Bundesebene eine Stimme zu geben. Da das Versorgungsgeschehen in erster Linie regional erfolgt und als solches von den Versicherten wahrgenommen wird, kann eine regional aktive und deutlich erkennbare Präsenz

einer Kasse einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil gegenüber nur überregional bundes- oder landesweit agierenden Konkurrenten darstellen. Nicht unterschätzt werden sollte in dem Zusammenhang auch, dass eine Entscheidung zugunsten oder zuungunsten einer Kasse über rein pragmatische und wirtschaftliche Erwägungen hinaus häufig auch familiär und regional tradiert ist, also in der Person eines Versicherten und seinem familiären, betrieblichen und örtlichen Umfeld begründet sein kann.

Zum anderen können Regionalbeiräte und Versichertenberater auch ein Instrument zur genaueren Präferenzfassung sein. Sie können den Entscheidungsträgern der Kasse, also dem hauptamtlichen Vorstand und dem Verwaltungsrat, konkrete Einblicke und Rückschlüsse über die regionalen, örtlichen und ggf. auch betrieblichen Bedürfnisse sowie Befindlichkeiten ihrer Versicherten geben. Sie sind somit Voraussetzung für ein stimmiges patienten- und versichertenorientiertes Versorgungsgeschehen.

Entscheidend für den Erfolg von Regionalbeiräten und Versichertenberatern ist jedoch ihre uneingeschränkte Befürwortung und Unterstützung durch das Hauptamt. Nur wenn die Modelle zur Herstellung von mehr Versichertennähe als vorteilhaft integrative Ergänzung des regionalen Kassenhandelns und nicht als Konkurrenz zu den örtlichen Servicezentren der Kassen verstanden werden, können diese erfolgreich wirken. Insofern dürfen diese »Anwälte« der Versicherten nicht primär als lästige, tendenziell leistungsausweitende und somit kostentreibende Bedrohung der eigenen Wettbewerbsposition interpretiert werden, sondern müssen im Gegenteil als funktional im Sinne einer wettbewerbsförderlichen und versichertenorientierten, regional pass-

genauen Absatz- und Distributionspolitik einschließlich eines regional stimmigen und zielgenauen Marketings angesehen werden. Kann in diesem Zusammenhang auch das inzwischen mehr als obsolete neo-klassische Marktmodell als Managementmaxime relativiert werden, wonach der Wettbewerb ausschließlich über den Preis erfolgt, so können beide Modellvarianten für die Kassen einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil in der Konkurrenz um Versicherte darstellen.

Arbeitnehmer-Selbstverwalter/Verwaltungsrat

Die Zulassung von Kassenwettbewerb 1996 hat in der Kassenlandschaft einen dynamischen und bis dato anhaltenden Konzentrationsprozess eingeleitet. Betrug die Anzahl

der Kassen Anfang der neunziger Jahre noch über 1 200, so hat sich deren Zahl durch Fusionen und Konkurse inzwischen auf etwa 140 gesetzliche Krankenkassen reduziert. Aufgrund des zunehmenden und auch politisch gewollten Wettbewerbsdrucks wird dieser Prozess der Marktberingung noch einige Zeit anhalten. Hierdurch und durch die aufbauorganisatorische Neuordnung der GKV-Selbstverwaltung Mitte der neunziger Jahre hat sich auch die Zahl der Selbstverwalter von insgesamt über 30 000 auf inzwischen 1932 drastisch reduziert.¹⁷ Dieser Prozess hat zwangsläufig zur Folge, dass immer weniger Selbstverwalter immer mehr

¹⁷ So beträgt in der laufenden Wahlperiode (2011-2017) die Gesamtzahl der Selbstverwaltungsmandate bei den AOK, IKK, BKK und Ersatzkassen 1932. Davon entfallen 1358 Mandate auf die Arbeitnehmerseite. Vgl. Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012), S. 29.



Foto: SelbstverwalterInnen-Tagung am 2./3. November 2012 in Sprockhövel

Versicherte repräsentieren müssen. Für die Selbstverwalter wird es demnach zukünftig schwieriger in einen direkten persönlichen Kontakt mit den Versicherten zu treten, um etwas über ihre Anliegen oder Bedürfnisse zu erfahren. Für die Outputlegitimation von Selbstverwaltung sind jedoch, wie jüngste Forschungsergebnisse zeigen, Kommunikation und Interaktion mit den Versicherten von herausragender Bedeutung. Nur so können Selbstverwalter erfahren, was Versicherte unter »guter Versorgung« verstehen.¹⁸

Beide Modellvarianten, Regionalbeiräte und Versichertenberater, können in ihren unterschiedlichen Rollen und Aufgabenstellungen dazu beitragen die sich vergrößernde persönliche und räumliche Distanz zwischen Selbstverwaltern und Versicherten abzubauen. Institutionenökonomisch argumentiert, handelt es sich um eine klassische Principal-Agent-Beziehung, die durch die Schaffung neuer oder Fortentwicklung bestehender institutioneller Arrangements besser gestaltet werden kann.¹⁹ Das Einziehen ergänzender Selbstverwaltungsebenen mit regionalem und örtlichem Bezug kann unmittelbar zur Herstellung von Versichertennähe beitragen und so der Selbstverwaltung vor Ort ein konkretes Antlitz geben. Sie ermöglichen dadurch dem Selbstverwalter sowohl eine explizite und praktisch-konkrete Bezugnahme auf Versicherteninteressen und ihre Lebens- und Versorgungs-

wirklichkeit als auch eine reflektierend evaluatorische Rückkopplung des eigenen Selbstverwalterhandelns.

Gewerkschaften/Betriebsräte

Soziale Selbstverwaltung ist traditionell ein angestammtes wichtiges sozialpolitisches Betätigungsfeld gewerkschaftlicher Listenträger. Ihre tradiert dominierende Rolle in den Verwaltungsräten und Vertreterversammlungen der Sozialversicherungsträger wurde jedoch bei vorangehenden Sozialwahlen durch die »sonstigen Arbeitnehmerorganisationen«, die häufig unter dem Namen des jeweiligen Versicherungsträgers firmieren und damit eine besondere sozialpolitische Kompetenz für sich reklamieren sowie die sogenannten »freie Listen«, mehr und mehr in Frage gestellt. Insbesondere bei denjenigen Versicherungsträgern, bei denen tatsächlich Urwahlen stattfanden, wurde der gewerkschaftliche Stimmenanteil und Einfluss in den Selbstverwaltungsgremien deutlich zurückgedrängt.

Die gewerkschaftlich initiierte und möglicherweise dadurch auch beeinflussbare Bestellung von Versichertenberatern und Zusammensetzung von Regionalbeiräten eröffnet die Möglichkeit, das sozial- und gesundheitspolitische Heft des Handelns wieder zurückzugewinnen und nach außen deutlich sichtbar versichertenbezogene Kompetenz auch im betrieblichen Kontext zu vermitteln. Dies wird insbesondere dann gelingen, wenn Versichertenberater und Betriebsräte, ggf. in Personalunion, eng zusammenarbeiten und sich gegenseitig austauschen. Insbesondere auf den originären Handlungsfeldern der Selbstverwaltung, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, können Betriebsräte und Versichertenberater zur Verbesserung des gewerkschaftlichen Profils und Kampagnenfähigkeit

¹⁸ Vgl. Baumeister, Hartje, Knötig, Wüstrich (2012), S. 299.

¹⁹ Selbstverwaltung kann als Principal-Agent-Verhältnis dargestellt werden. Principal ist der Versicherte. Seine Agenten sind die Verwaltungsräte/Regionalbeiräte/Versichertenberater, die durch den Einsatz ihrer Instrumente zu einer guten medizinischen Versorgung beitragen sollen. Problematisch könnte sein, dass die Selbstverwaltungsakteure (Agenten) möglicherweise bestrebt sind, ihre eigenen Vorstellungen und nicht diejenigen des Principals (Versicherte) zu verfolgen. Die Versicherten müssen also die Möglichkeit haben, die Agenten über ihre Vorstellungen einer guten Versorgung zu informieren. Durch geeignete institutionenökonomische Arrangements ist dafür Sorge zu tragen, dass die Agenten (Verwaltungsräte/Regionalbeiräte/Versichertenberater) tatsächlich im Sinne ihrer Principale (Versicherte) handeln und keine eigenen Interessen verfolgen. Hierzu ist Versichertennähe erforderlich. Vgl. Blankart (2008), S. 476f.

beitragen. Darüber hinaus stehen sie als individuelle sowie häufig auch persönlich bekannte und damit auch vertrauenswürdige Sachverwalter für Versicherte in individuellen Problem- und Notlagen zur Verfügung, was Vertretern »freier« Listen in der Regel nicht gelingen dürfte.

Auch das innergewerkschaftliche Sozialprestige und Ansehen von Selbstverwaltung dürfte im Beziehungsgeflecht von Aufsichtsrat, Betriebsrat und Verwaltungsrat eine deutliche Aufwertung erfahren.

Versicherte

Versichertenberater eröffnen versicherten Arbeitnehmern die Möglichkeit einer ortsnahen und zumeist betriebsnahen Verbindung zu ihrem Krankenversicherungsträger und konkretisieren damit ihren gesetzlichen Anspruch auf eine rechtlich richtige, umfassende und einzelfallbezogene individuelle Beratung und Betreuung über die ihnen zustehenden Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Erfolgt die Beratung im unmittelbaren betrieblichen Kontext, so können die Barrieren für eine Kontaktaufnahme in persönlicher, sachlich-inhaltlicher, räumlicher und zeitlicher Hinsicht deutlich niedriger liegen: Im Gegensatz zu den Mitarbeitern in regionalen Service- oder Callcentern sind die örtlich zuständigen Versichertenberater, insbesondere dann, wenn sie gleichzeitig auch als Betriebsräte tätig sind, persönlich bekannt. Ferner wird der Zugang zur Kasse und auch zur Selbstverwaltung durch eingesparte Transaktionskosten in Form wegfallender Wege- und Zeitkosten (einschließlich möglicher Wartezeiten) erleichtert.

Ob sich Versicherte mit ihren persönlichen gesundheits- oder pflegebezogenen, oft der Intimsphäre zurechenbaren Anliegen an (Vertrauens-)Personen aus ihrem kollegialen



Foto: Monika Lersmacher, Bericht aus dem Praxis-Workshop

Umfeld wenden, mag zunächst dahingestellt bleiben. Durch die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erfahren Versichertenberater oft persönliche Dinge über Menschen in ihrem engsten betrieblichen oder nachbarschaftlichen Umfeld. Zumindest formal sind Versichertenberater gemäß § 35 SGB I zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet. Verstöße können zu einer Amtsenthebung führen. Im Gegensatz zu den Versichertenältesten im Bereich der Rentenversicherung geht es eben um mehr als das formale Ausfüllen von Rentenansprüchen zur Durchsetzung gesetzlicher Leistungsansprüche.

Betriebe

Für die Betriebe könnte sich die organisatorische Einbettung von Versichertenberatern in zweifacher Hinsicht als vorteilhaft erweisen. Zum einen ermöglichen sie ihren Beschäftigten im unmittelbaren betrieblichen Umfeld eine direkte, bequeme und barrierefreie Kontaktaufnahme zu ihren Krankenkassen. Auch wenn dieser Kontakt nicht unbedingt während der Arbeitszeit erfolgen muss, so könnte durch den Wegfall unnötiger Zeit- und Wegekosten auch

ein Beitrag zum Abbau von Fehlzeiten geleistet werden. Zum anderen erleichtert die sachkundige, arbeitnehmerbezogene Kassenpräsenz vor Ort im Zusammenspiel oder vielleicht sogar in Personalunion mit dem Betriebsrat die passgenaue Einführung, Umsetzung, Mitarbeiterakzeptanz und Evaluation der immer wichtiger werdenden betrieblichen Gesundheitsförderung. Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn Management, Betriebsrat und Krankenkasse in allen Fragen solcher Maßnahmen eng kooperieren. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Konkurrenz um qualifizierte Fachkräfte wird eine erfolgreich implementierte, mitarbeiterorientierte betriebliche Gesundheitsförderung mehr und mehr Voraussetzung für ein erfolgreiches Personalmanagement.

Ferner können Versichertenberater dazu beitragen, dem entsolidarisierenden Trend anonymer, mitgliederstarker (Groß-)Kassen entgegen zu wirken. Je größer und anonymer Versichertengemeinschaften sind, desto weniger verstehen sich die Versicherten als Teil einer Solidargemeinschaft. Da sowohl der Beitrag als auch die Kosten einer Leistungsanspruchnahme durch den einzelnen Versicherten kaum mehr ins Gewicht fallen, werden im Schutz der Anonymität häufig mehr Leistungen in Anspruch genommen als erforderlich. Konkret liegt eine typische Rationalitätenfalle, verbunden mit einem ausgeprägten »moral hazard« der beteiligten Systemakteure, also dem einzelnen Versicherten und den betroffenen Leistungsanbietern, vor. Individuelle und gesellschaftliche Rationalität fallen auseinander. So ist es aus der Sicht eines Versicherten, ggf. im Verbund mit dem an Einkommensmaximierung interessierten Leistungsanbieter durchaus rational, medizinischen Leistungen in möglichst großem Umfang und möglicherweise über den erforderlichen Bedarf in Anspruch zu

nehmen. Aus Sicht des zahlenden Versichertenkollektivs ist dieses Verhalten jedoch keineswegs vernünftig, da es die von allen zu zahlenden Leistungsausgaben nach oben treibt und somit unter Umständen höhere Beitragsätze bzw. die Erhebung von Zusatzbeiträgen erforderlich macht.

Versichertenberater geben ihrer Kasse im Betrieb ein Gesicht und können den Versicherten verdeutlichen, dass sie auch Teil einer betrieblichen Solidargemeinschaft sind. Sie tragen somit zur betrieblichen und kollegialen Kohäsion bei. Freerider-Verhalten im Sinne einer exzessiven über den tatsächlichen Bedarf hinausgehende Leistungsanspruchnahme (z. B. durch krankheitsbedingte Fehlzeiten) fällt im kleinen Kreis unter dem Blick persönlich bekannter Kollegen schwerer: Genau hierin liegt ja gerade der solidarische Vorteil kleiner Betriebskrankenkassen, in denen jeder jeden kennt und unsolidarisches Verhalten kaum verborgen bleiben kann. Versichertenberater könnten hierzu einen Beitrag leisten, indem sie große, für den Einzelnen abstrakte und kaum überschaubare Versichertenkollektive auf die Ebene des Betriebs dekonstruieren und damit wieder den unmittelbaren Zusammenhang zwischen Beitrag und Verhalten jedes einzelnen Versicherten bzw. Beschäftigten im Sinne einer kollegial-betrieblichen Solidarität herausstellen: Die Beschäftigten verstehen sich dann z. B. nicht mehr ausschließlich als Mitglieder der AOK Bayern, sondern darüber hinaus als Angehörige einer »AOK ihres Betriebs«.

2.5 Chancen und Risiken von Praxismodellen: Pluralismus versus Korporatismus

Zum primären Selbstverständnis von Arbeitnehmer-Selbstverwaltern sollte es gehören, den hauptamtlichen Vorstand ihrer Krankenkasse im Interesse der von ihnen vertretenen Versicherten zu beeinflussen. Zu ihren Möglichkeiten ge-

hört vor allem die Information der Entscheidungsträger über konkrete Bedarfs- und Problemlagen. Praxismodelle zur Herstellung von Versichertenähe können diesen Einfluss vergrößern, da örtlich und betrieblich verankerte Versichertenberater sowie Regionalbeiräte im engen, gegenseitigen Austausch mit den Verwaltungsräten das örtliche und regionale Versorgungsgeschehen unmittelbarer, sachlich genauer und zeitnäher an das Hauptamt spiegeln und somit rechtzeitig auf erkennbare Fehlentwicklungen und Defizite aufmerksam machen können.

Der Informationsbedarf des Hauptamts eröffnet der Selbstverwaltung den Zugang zur Entscheidung. Der Vorstand ist häufig über das konkrete Versorgungsgeschehen und die Problemlagen vor Ort nur unzureichend oder verzerrt informiert. Greift die Selbstverwaltung versichertenähe allfällige Probleme und Defizite auf und macht immer wieder auf sie aufmerksam, belegt sie einerseits ihr Engagement für die Versicherten und macht andererseits auf die Dringlichkeit ihres Anliegens aufmerksam. Die Chance dieser unter pluralistischer Perspektive idealtypischen Herangehensweise besteht für den hauptamtlichen Vorstand darin, durch eine deutlich erkennbar an den Präferenzen und Bedürfnissen der Versicherten orientierte Geschäftspolitik die Wettbewerbsposition der Kasse zu stärken. Selbstverwaltung und Hauptamt legitimieren durch eine an der tatsächlichen Bedarfslage orientierte Versorgung. Sie befinden sich dann erkennbar in einer klassischen Win-Win-Situation.



Die meisten hauptamtlichen Kassenvorstände stehen der Selbstverwaltung offen, konstruktiv und kooperativ gegenüber. Hinzu kommt, dass sie in der Regel eine klare Vorstellung von der Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Selbstverwaltung und Hauptamt haben.²¹ Dennoch versuchen sie bereits im Vorfeld häufig mit Verweis auf wettbewerbliche Sachzwänge der Kasse, die Verwaltungsräte für schwierige unternehmerische Entscheidungen zu gewinnen und mögliche Widerstände auszuräumen. Entscheidend für das Gelingen einer solchen Vorgehensweise ist vor allem das Rollenverständnis der Verwaltungsratsvorsitzenden, weil diese häufig einen wichtigen Einfluss auf die »einfachen« Verwaltungsratsmitglieder ausüben. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um starke, politisch erfahrene Persönlichkeiten mit langjähriger Verbandserfahrung handelt.

Für die Selbstverwaltung ist eine solche korporatistische Integration in die unternehmerischen Entscheidungen einer Kasse nicht ohne Risiko. Versichertenberater und Regionalbeiräte können wegen ihrer Nähe zu den Betroffenen diesen im Prinzip systemwidrigen Trend verstärken, insbesondere dann, wenn sie zur Vermittlung »unpopulärer« Entscheidungen des hauptamtlichen Kassenmanagements instrumentalisiert werden sollen.

²⁰ In Anlehnung an Teichmann (1993), S. 42.

²¹ Vgl. Baumeister, Hartje, Knötig, Wüstrich (2012), S. 298.

Aus objektiver Sicht verbessert sich zwar die Möglichkeit, Versicherteninteressen in die Geschäftspolitik einfließen zu lassen, unbeantwortet bleibt jedoch die Frage, ob dies den Versicherten ausreichend verdeutlicht werden kann. Dieses Informationsdefizit entsteht vor allem, wenn nicht wie üblich, die Position des Listenträgers bzw. des Verwaltungsrats klar formuliert wird und dann den Plänen und Entscheidungen des Kassenmanagements gegenübergestellt wird. Das Hauptamt will nicht nur präemptiv mögliche Widerstände ausräumen, sondern hofft darüber hinaus, dass die Selbstverwalter seine Entscheidungen legitimieren, begründen und für sie eintreten.

Andererseits eröffnen Modelle zur Herstellung von mehr Versichertenähe der Selbstverwaltung aber auch die Chance, sich diesem korporatistischen Trend entgegenzustellen. Die Anbindung der Verwaltungsräte durch Regionalbeiräte an das regionale Versorgungsgesche-

hen und durch Versichertenälteste an die betroffenen Leistungsempfänger vor Ort kann der in den vergangenen Jahren erkennbar zunehmenden Distanz und Entfremdung zwischen den Selbstverwaltungsorganen, insbesondere in den mitgliederstarken Kassen sowie in ihren Verbänden, und den von ihnen repräsentierten Versicherten entgegenwirken. Sie schärfen somit das sozialpolitische, primär arbeitnehmerbezogene Profil der Arbeitnehmerselbstverwalter und ihrer Listenträger, indem sie immer wieder verdeutlichen, dass Krankenkassen zwar im Wettbewerb untereinander stehen, sich ihr Selbstverständnis als soziale Krankenversicherung und ihr daraus abgeleiteter Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts vor allem aber aus ihrem Beitrag zur öffentlichen Daseinsvorsorge im Sinne einer bedarfsgerechten, solidarischen Gesundheitsversorgung und nicht primär aus ihrem unternehmerischen Erfolg ergibt.

§ 7 Handwerksrepräsentanten

- (1) Für die IKK classic können vom Verwaltungsrat Handwerksrepräsentanten als Versichertenälteste und Vertrauenspersonen nach § 39 SGB V gewählt werden. .
- (2) Die Handwerksrepräsentanten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der IKK classic mit den Versicherten und Betrieben herzustellen. Zu ihren Aufgaben gehört es,
 - allgemein Rat und Auskunft zu geben,
 - Unterstützung bei Antragstellungen zu leisten,
 - Informationen an die IKK classic weiterzuleiten und
 - ggf. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen.

3 Empirie der Modellvarianten

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst 15 Befragte, darunter 2 weibliche Interviewteilnehmer über 9 empirisch erfasste, nach Kassen bzw. Kassenarten differenzierte Modellvarianten. In einer ersten Erhebungsrunde konnte zu 8 der 9 für die Studie ausgewählten Kassen je ein Verwaltungsratsmitglied befragt werden. Darauf folgend wurde in einer zweiten Erhebungsrunde zu 6 der 9 Modellvarianten je eine Person in ihrer Funktion als Versichertenberater oder Regionalbeirat befragt. Insgesamt wurden auf diese Weise 15 Personen befragt, deren Funktion und Kassenzugehörigkeit untenstehender Tabelle entnommen werden können:

Tab. 1: Stichprobe

	VR-Mitglied	RB	VB	Andere	Gesamt
AOK Baden Württemberg	1	2			
AOK Bayern	1	1			
AOK plus				1	
AUDI BKK	1				
Barmer GEK	1		1		
BKK ZF & Partner	1				
IKK classic	1	1			
Knappschaft-Bahn-See	1		1		
TK	1				
SUMME	8	4	2	1	15

3.2 Ausprägungen der Modellvarianten und Beispiele

Gemäß der aufbauorganisatorischen Verankerung von Versichertenberatern und Regionalbeiräten (vgl. Kapitel 2.3) lassen sich auf Basis der empirischen Ergebnisse drei mögliche Ausprägungen der Modellvarianten zur Herstellung von mehr Versichertennähe ausmachen.

3.2.1 3-Ebenen-Modell

In der Praxis findet sich das 3-Ebenen-Modell in einer Reihe von Varianten umgesetzt. Alle Varianten sehen für die drei Ebenen je unterschiedliche Aufgabenbe-

reiche und innerhalb der Gesamtstruktur komplexer aufeinander abgestimmte Funktionen vor.

Unterhalb des auf zentraler Ebene angesiedelten Verwaltungsrats befindet sich die in einer Region (Direktionen oder Bezirke) verankerte Ebene der Bezirks- oder Regionalbeiräte, die vergleichbar mit dem Verwaltungsrat Aufgaben der Beratung und Kontrolle der Geschäftsstellenleitung bzw. Regionaldirektionsleiter wahrnehmen.

Dabei leistet der Regionalbeirat seinen Beitrag zum einheitlichen Leistungsgeschehen unter Rücksichtnahme auf regionale Besonderheiten. Er nutzt seine regionalen Netzwerke zu Entscheidern in kleinen und mittleren Unternehmen, Sparkassen und Leistungsanbietern, um Versichertennähe strukturell über die qualitative Verbesserung und bedarfsgerechte Ausgestaltung des Versorgungsangebots in der Region herzustellen. Diese Form der Regionalisierung der Selbstverwaltung ist nur in wenigen der heute noch bestehenden Krankenkassen realisiert.

Unterhalb dieser Ebene und ihr zugeordnet, befinden sich die Versichertenberater resp. die Versichertenältesten.²² Der Versichertenberater stellt die lokale, in der Regel betrieblich verankerte Struktur der Selbstverwaltung dar.²³ Seine Aufgabe ist die Beratung und Betreuung der versicherten Arbeitnehmer. Er stellt das Bindeglied zwischen dem einzelnen Versicherten und der regionalen Selbstverwaltungsebene dar. In dieser Beziehung erfolgt auch die Betreuung: in der Regel wird von den Regionalbeiräten unter Einbeziehung einzelner Verwaltungsratsmitglieder zu regionalen Informati-

²² Vgl. § 39 SGB V.

²³ Eine Ausnahme bildet die KBS, die auf der regionalen Ebene zwar ebenfalls Regionalausschüsse eingerichtet hat, die ihre Versichertenältesten in der Regel auch in den privaten Räumlichkeiten der Versicherten oder den Versichertenältesten die Beratung und Betreuung der Versicherten durchführen lässt.

onsveranstaltungen eingeladen. Er stellt sozusagen den verlängerten Arm von Verwaltungsrat und Regionalbeirat dar.

Beispielhaft untersucht wurden die Knappschaft-Bahn-See, die AOK Baden-Württemberg sowie die IKK classic. Besonderheiten der einzelnen Varianten werden im Folgenden beschrieben.

AOK Baden-Württemberg

Dem 3-Ebenen-Modell entspricht exemplarisch die AOK Baden-Württemberg. In dieser sowohl regional als auch betrieblich gut verorteten Krankenkasse sind die Hälfte aller Verwaltungsräte auch im Bezirksrat vertreten. Die hierdurch durgehend gute Vernetzung von Verwaltungsräten und Regionalbeiräten ist bei der AOK BW mit dafür verantwortlich, dass die Bestellung von Versichertenberatern in den Direktionen Ostwürttemberg, Ulm-Biberach und Neckar-Fils nach eigenen Angaben sehr erfolgreich verlief.

IKK classic

Drei Selbstverwaltungsebenen finden sich auch bei der IKK classic. Zu den bereits etablierten Landesbeiräten befindet sich derzeit eine dritte Ebene der Selbstverwaltung, die sogenannten Handwerksrepräsentanten, im Aufbau. Diese übernehmen wie die Versichertenberater die Aufgabe der Herstellung von Versichertennähe in den Betrieben der jeweiligen Innungen durch Unterstützung der Versicherten bei der Antragstellung, bei Anregungen zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Herstellung des Kontaktes zur zuständigen Geschäftsstelle vor Ort.²⁴ Handwerksrepräsentanten sind bisher eingeführt in den Regionen Nordrhein, Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg. Es ist geplant, die Handwerksrepräsentanten flächende-

ckend vorzunehmen. Das Konzept liegt allen Direktionen vor, ist jedoch nicht verpflichtend. Die Vorschläge für die Handwerksrepräsentanten kommen von den Landesbeiräten.

Knappschaft-Bahn-See

Drei Selbstverwaltungsebenen hat ebenfalls die Knappschaft-Bahn-See, die mit ihren Regionalausschüssen und den traditionellen »Versichertenältesten« sowohl die regionale als auch die örtliche Ebene ausfüllt und somit in Ergänzung des Verwaltungsrats ein geschlossenes Praxismodell zur Herstellung von Versichertennähe aufweist. Im Unterschied zu den beiden anderen Varianten sind die Versichertenältesten der KBS nicht in Betrieben angesiedelt.

3.2.2 2-Ebenen-Modelle

Das 2-Ebenen-Modell tritt in zwei Ausprägungen auf. Im einen Fall ist die zentrale, überregionale bzw. landesweite Ebene des Verwaltungsrats um einen Regionalbeirat ergänzt. Die zweite Variante kommt ohne regionale Selbstverwaltungsorgane aus, hat aber auf lokaler Ebene in Betrieben tätige Versichertenberater. Die beiden Modelle stellen somit teilrealisierte Varianten des 3-Ebenen-Modells dar.

Verwaltungsrat – Regionalbeirat AOK Bayern

Die AOK Bayern verfügt seit ihrer Fusion aus allen bayrischen Ortskrankenkassen im Jahr 1994 über ein flächendeckendes Netz an Regionalbeiräten. Diese sind mit Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern paritätisch besetzt und jeweils den AOK-Regionaldirektionen in den 39 Landkreisen und kreisfreien Städten zugeordnet. Dem Verwaltungsrat sollen sie eine Bezugnahme auf regionale Besonderheiten ermöglichen. Ihre primäre Bedeutung liegt aber in der Mitgestaltung des regionalen Versorgungsange-

²⁴ Vgl. § 7 Handwerksrepräsentanten, Sitzung der IKK classic vom 1.8.2011.

botes. Die Regionalbeiräte, die auf der Arbeitnehmerseite vielfach gleichzeitig auch als (freigestellte) Betriebsräte tätig sind, pflegen den Kontakt zu den regional ansässigen Betrieben und Leistungsanbietern und versuchen diese mitunter auch für lokale Veranstaltungen mit den Krankenkassen zu engagieren. So werden von den Unternehmen z. B. Veranstaltungen wie Stadtläufe o. ä. gesponsert, um auf das Leistungsangebot der Krankenkasse aufmerksam zu machen. Regionalbeiräte sind insofern »Botschafter der AOK« in der Region. Ferner sollen sie nach eigenem Ermessen, Motivation und Zeit auch für die individuelle Beratung von Versicherten zuständig sein, von denen sie persönlich oder im Rahmen ihrer Tätigkeit als Betriebsrat angesprochen werden. Durch die räumlich und zeitlich begrenzten Möglichkeiten, mit Versicherten direkt in Kontakt zu treten, sind die tatsächlich zustande kommenden Gespräche über konkrete Anliegen der Versicherten eher selten und auch nur unter der Voraussetzung möglich, dass die Versicherten im Einzelfall wissen, welchen Regionalbeirat sie wo und wann kontaktieren können. Versichertennähe bleibt in dieser Modellausprägung schwerpunktmäßig auf die eher allgemeine Beeinflussung des regionalen Versorgungsgeschehens beschränkt.

Audi BKK

Die BKK Audi verfügt ähnlich wie die AOK Bayern ebenfalls über Regionalbeiräte. Sie wurden im Zusammenhang mit der Fusion aller zur Volkswagen AG gehörenden BKK zur BKK Audi eingerichtet. Die BKK Audi strebt an, dass aus allen Betrieben mindestens ein Vertreter in einen Regionalbeirat entsandt wird. Regionalbeiräte werden für diejenigen sechs Regionen eingerichtet, in denen Konzern-Betriebsstätten oder weitere Trägerunternehmen disloziert sind.²⁵ Die Be-

²⁵ Derzeit sind dies die Regionen Nord, Mitte, Ingolstadt, Neckarsulm, Singen, München.



Foto: Ralf Niemann (Verwaltungsrat bkk firmus)

setzung erfolgt aufgrund mangelnden Bedarfs auf Arbeitgeberseite in der Regel nicht paritätisch. Die Mitgliederzahl eines Regionalbeirats beträgt derzeit insgesamt 12 Vertreter, je nach Beirat ist die Zusammensetzung unterschiedlich. Die Vorschläge zur Listenbesetzung erfolgen durch die Gewerkschaftsvertreter in den Unternehmen, die Wahl erfolgt durch den Verwaltungsrat.²⁶ Die Regionalbeiräte bestimmen sog. »Beiratssprecher«, die den Verwaltungsrat der BKK Audi über aktuelle Themen, Inhalte und Probleme in ihrem Zuständigkeitsbereich auf dem Laufenden halten. Darüber hinaus denken die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der BKK Audi aktuell über die Einführung von Versichertenberatern nach, um zusätzliche Ansprechpartner für die Versicherten vor Ort in den Betrieben zu haben.

²⁶ Nicht zwingend sind dies Betriebsräte, es gibt auch Arbeitnehmervertreter ohne Gewerkschaftszugehörigkeit, dann aber mit einschlägigen sozialpolitischen Erfahrungen.

Barmer GEK

In der Barmer GEK gibt es keine Regionalbeiräte, aber unterhalb der Ebene des Verwaltungsrates sog. Vertrauenspersonen. Vertrauenspersonen gehen auf die bewährte Ersatzkassentradition zurück, Mitarbeiter in Personalabteilungen als Ansprechpartner der jeweiligen Kasse vorzusehen, die vor allem potentielle Neumitglieder werben sollten. Sie ermöglichen vor allem eine betriebliche Anbindung der Barmer GEK. Da sie häufig aus dem Kreis der Betriebsräte rekrutiert werden, sind sie für die Mitarbeiter vor Ort im Betrieb gut ansprech- und erreichbar. Als Besonderheit dieser Modellvariante muss festgehalten werden, dass die Vertrauenspersonen nicht nur von der Krankenkasse geschult, sondern auch betreut werden. Der Verwaltungsrat der Barmer GEK hat mit der Bestellung dieser nah an den Versicherten agierenden Handlungsebene nichts zu tun. Die Vertrauenspersonen stellen ein erweitertes Beratungsangebot der Geschäftsstellen resp. Servicezentren dar und dienen auch der Mitgliedergewinnung für die Kasse in den Betrieben. Aus der Perspektive der Selbstverwaltung handelt es sich bei den Vertrauenspersonen der Barmer GEK um ehrenamtliche Ansprechpartner der Kassen in den Betrieben, die eine Rückkoppelung an den Verwaltungsrat und das Hauptamt ermöglichen sollen.

Techniker Krankenkasse

Die ehrenamtlichen Berater der TK sind wie die Vertrauenspersonen der Barmer GEK in den Betrieben aktiv. Grundsätzlich übernehmen aber die Geschäftsstellen der TK die individuelle Kontaktpflege zu den Versicherten. Die ehrenamtlichen Berater arbeiten der Kasse zu und stellen ein erweitertes Serviceangebot der TK für die Versicherten in den Betrieben dar. Da die TK eine bundesweit operierende Kasse ist, ist sie in sehr vielen Betrieben präsent. Auch bei

der TK zeigt sich, dass sich Fehlen einer regionalen Ebene, die nicht nur die regionale Präsenz der Krankenkasse leisten, sondern auch die Versichertenberater vor Ort betreuen und beraten soll, nachteilig auswirkt, da der direkte Kontakt zwischen dem Verwaltungsrat und dem ehrenamtlichen Berater die Arbeitnehmervertreter überfordert.

BKK ZF & Partner

Durch die Fusionen mit anderen Betriebskrankenkassen wurden ausgeschiedene Verwaltungsräte als Versichertenberater übernommen. Diese Versichertenberater sollen für Versichertennähe und gute Beratung stehen, d. h. eine starke ortsnahe Verbindung zu den Versicherten über den Betrieb ermöglichen. Versichertenberater sind zumeist auch Betriebsräte, die ihre Doppelrolle auch dazu nutzen, die BKK bei neueingestellten Mitarbeitern oder im Rahmen der Übernahme von Leiharbeitern bei den neuen Kollegen bekannt zu machen. Vorteilhaft wird diese Praxis auch im Hinblick auf die in vielen Betrieben vorgesehene Einführung einer Gesundheitsförderung.

AOK plus

Versichertenälteste der AOK Plus, die keine regionalen Selbstverwaltungsorgane kennt, haben die Aufgabe, direkte Ansprechpartner für die Versicherten zu sein. Sie übernehmen dort, wo die AOK Plus keine Geschäftsstellen unterhält, die Vertretung der Krankenkasse vor Ort. Versichertenälteste sind in der Mehrheit in der Geschäftsregion Thüringen im Einsatz, in Sachsen hat sich dieses Modell bisher nicht etabliert. Daneben werden von der Arbeitgeberseite des Verwaltungsrates Vertrauensleute gewählt, die in den Betrieben im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Arbeitgeber beratend tätig sind.



Foto: Andreas Strobel (Verwaltungsrat SBK)

Die folgende Tabelle listet die Ausprägungen der Modellvarianten nach Krankenkasse auf:

Tabelle 2: Empirisch belegte Modellvarianten nach Kasse	
Modellvariante	Krankenkasse
3-Ebenen-Modelle:	
VR & Landesbeiräte & Handwerksrepräsentanten	IKK Classic
VR & Versichertenberater & Bezirksräte	AOK Baden-Württemberg
VR & Versichertenberater & Regionalausschüsse	Knappschaft-Bahn-See
2-Ebenen-Modelle:	
Fokus auf regionaler Ebene:	
VR & Regionalbeiräte	AUDI BKK
VR & Regionalbeiräte	AOK Bayern
Fokus auf örtlicher Ebene:	
VR & Ehrenamtliche Versichertenberater	TK (Airbus Bremen)
VR & Versichertenberater	BKK ZF & Partner
VR & Vertrauenspersonen	Barmer GEK
VR & Versichertenälteste	AOK plus

4 Erfolgsfaktoren

Derzeit stellt sich die aufbau- und ablauforganisatorische Ausgestaltung von Praxismodellen zur Herstellung von Versichertennähe in der GKV-Selbstverwaltung uneinheitlich dar: Es existiert ein Vielzahl an Modellvarianten. Sie weisen in ihrer Zusammensetzung, ihren Zuständigkeiten, ihrem Selbstverständnis, ihrer Tradition und ihren Aufgaben zum Teil große Unterschiede auf. Eine vollständige regionale Abdeckung durch Praxismodelle wird nur in seltenen Fällen erreicht.²⁷ Aus den hier untersuchten Varianten wurden Erfolgsfaktoren abgeleitet, die auf der Basis der normativen Analyse in Kapitel 2 als wesentlich für eine erfolgreiche Implementierung und Weiterentwicklung von Praxismodellen angesehen werden.

Die zur Ableitung dieser Faktoren gewählte Methode orientiert sich am Modell der aus der quantitativen Statistik bekannten Faktorenanalyse. Die Bildung der Faktoren erfolgte induktiv und war theoretisch angeleitet. Mehrfach genannte und von den Interviewpartnern immer wieder erwähnte Aspekte wurden thematisch zusammengefasst und auf ihre Übereinstimmung mit den theoretisch hergeleiteten Merkmalen geprüft.

Vollständigkeit des Praxismodells

Die Herstellung von Versichertennähe wurde in zweifacher Hinsicht problematisiert. Regional sollte eine Krankenkasse unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten ein am Bedarf ihrer Versicherten orientiertes, qualitativ hochwertiges Leistungsangebot realisieren. Dies kann

dadurch geschehen, dass regionale Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen auf Seiten der Leistungsanbieter mit den Bedürfnissen der Versicherten sowie den Ansprüchen der im Geschäftsbereich der Krankenkasse ansässigen Betriebe aufeinander abgestimmt werden. Die Mitgestaltung hinsichtlich der Anpassung an die regionalen Besonderheiten obliegt dem Regionalbeirat/Bezirksbeirat, der gemeinsam mit den Geschäftsstellen die hierfür nötigen Netzwerke und sozialen Kontakte aufbaut und einsetzt. Deutlich sind aber auch die begrenzten Möglichkeiten der Regionalbeiräte, wenn es darum geht, ein auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten zugeschnittenes Betreuungs- und Beratungsangebot zu leisten. Diejenigen Modellvarianten, denen die lokale resp. betrieblich angesiedelte Selbstverwaltungsebene in Form der Versichertenberater/Versichertenältesten fehlt, sehen die Herstellung individueller Versichertennähe entweder als nicht nötig (Versicherteninteresse ist bekannt) oder nicht realisierbar (organisatorischer Aufwand zu groß) an.

Die individual- und regionalbezogene Herstellung von Versichertennähe wird nur dann gelingen, wenn alle drei Ebenen von Selbstverwaltung ausdifferenziert werden.²⁸ Wichtig ist aber nicht nur die Vollständigkeit in vertikaler Richtung. Auch auf der horizontalen Ebene müssen die Modelle komplettiert werden, soll Versichertennähe nicht ein von Zufälligkeiten abhängiges »Exklusiv-Konzept« für wenige privilegierte Versicherte bleiben. Erforderlich ist deshalb, dass unabhängig von Kassenart, Betriebsgröße und Listenträger ein flächendeckendes Netzwerk an Regionalbeiräten und Versichertenberatern realisiert wird.

²⁷ Sehr weit vorangekommen ist die Umsetzung dieser Modelle im Geschäftsbereich der AOK Baden-Württemberg. Geradezu beispielhaft wird Versichertennähe durch Regionalausschüsse und Versichertenberater im Bereich der Knappschaft-Bahn-See praktiziert. Diese kann allerdings auf eine langjährige Tradition im Umgang mit beiden Modellvarianten als Rentenversicherungsträger zurückgreifen. Dennoch gestaltet sich auch hier die regionale Abdeckung unterschiedlich: Erfolgt diese im Ruhrgebiet fast vollständig, so gibt es in den neuen Bundesländern noch erhebliche Lücken.

²⁸ D. h. auf der zentralen, mittleren und örtlichen Ebene.

Ein in horizontaler Hinsicht vollständig flächen- und betriebsabdeckendes 3-stufiges Selbstverwaltungsmodell darf jedoch nicht zur Folge haben, dass die wettbewerbliche Konkurrenz der Kassen um Versicherte in den Betrieben ausgetragen wird. Eine Repräsentation aller Kassen in Unternehmen ab einer gewissen Mindestgröße ist ebenso wenig praktikabel wie die Einrichtung eines »Ombudsmanns«, der für Versicherte aller Krankenkassen beratend und betreuend tätig wird (ganz abgesehen davon, dass dieser kassenübergreifende Versichertenberater kaum noch an die weiteren Selbstverwaltungsebenen anschließbar wäre). Auch wenn es bei der Knappschaft-Bahn-See in der Praxis üblich ist, dass die Versichertenältesten bspw. Reha-Maßnahmen oder Krankengeld-Anträge für Versicherte anderer Krankenkassen begutachten, ist doch schwerlich vorstellbar, dass eine solche Praxis selbstorganisiert entsteht. Es bedürfte auf dem Weg zu einem solchen Modell kassenunabhängiger Versichertenberater einer konzertierten Aktion der drei Akteure Gewerkschaften, Krankenkassen und Arbeitgeberverbände. Eine mögliche Eingrenzung des hierin liegenden Konfliktpotentials könnte auch in einer Regel liegen, wonach nur in den Betrieben (wiederum ab einer Mindestgröße) Krankenkassen ihre Versichertenberater einrichten dürfen, in denen Betriebsräte mit einer entsprechenden Kassenzugehörigkeit tätig sind und deren Gewerkschaft zugleich als Listenträger bei eben dieser Krankenkasse auftritt.

Wenngleich bei kleineren Krankenkassen mit überschaubarer Mitgliederzahl und begrenztem regionalen Aktionsradius (wie z. B. bei kleineren und vor allem geschlossenen Betriebskrankenkassen) die Verwirklichung solcher Modelle aus Opportunitätskostenerwägungen obsolet sein kann, gilt:



»Die Stärken des Regionalbeirats liegen in der Informationsweitergabe aus dem Verwaltungsrat hinein in die Regionen ... die Stärken des Versichertenberatermodells liegen in der Betriebsnähe, in der Möglichkeit nah an den Meinungen und Befürchtungen der Versicherten zu sein.« (Interviewteilnehmer/in)

Aufbauorganisatorische Komplementarität

Erforderlich ist weiterhin eine schnittmengenfreie Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung. Sie müssen aufbau- und ablauforganisatorisch komplementär ausgestaltet sein. Dies bedeutet eine reibungslose und ineinandergreifende Zusammenarbeit der Akteure, die sich mit unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen auseinandersetzen müssen, aber gemeinsame Ziele verfolgen sollten. Das schließt eine klare Definition der Bring- und Holschuld bei der Aufnahme und Weiterleitung von Informationen und Erfahrungen ebenso mit ein wie das Wissen um die Zuständigkeit der jeweils anderen Ebenen für die Realisierung des Ziels einer versichertenannahen, d. h. einer bedarfsgerechten Versorgung, die sich an den regionalen Besonderheiten orientiert.

Die Kommunikation in horizontaler und vertikaler Ebene erweist sich als notwendig, damit sich die zentralen, regionalen und örtlichen Aufgabenbereiche ergänzen und sich der Herausforderung der wachsenden Versichertenzahl annehmen können:



»Es herrscht ein gewisses Defizit innerhalb der Kassenstruktur, weil kein strukturierter Dialog zwischen Regionalbeirat und Verwaltungsrat stattfindet, d. h. wenig



Foto: Das Autoren-Team dieser Studie auf der Selbstverwaltertagung 2012: (v. l. n. r.) Prof. Dr. Wüstrich, Andreas Hartje und Dr. Nora Knötig

Info von unten nach oben auf dieser Linie.« (Interviewteilnehmer/in)

Die Organisation dieses komplementären Aufbaus muss zudem nicht nur auf allen drei Ebenen gegeben sein, sondern darüber hinaus flächendeckend, da für alle Versicherten gleiche Bedingungen gelten sollten. Vor diesem Hintergrund muss sich die Ehrenamtsstruktur langfristig an einem konkret formulierten Verteilungsschlüssel orientieren.²⁹

²⁹ Empirisch erwies sich das Versichertenberatermodell eher als eines von großen Betrieben, weshalb es zunächst keine flächendeckend gleichmäßige Anzahl von Versichertenberatern gibt (nicht überall finden sich gleichmäßig viele große Betriebe). Dabei entscheiden teils komplexe Schlüssel über ihre Verteilung, wie beispielsweise in den Versichertenälteste-Bezirken im Knappschaft-Bahn-See-Modell: für je 7000 Mitglieder wird hier ein Versichertenältester gewählt.

Unterstützung durch das Hauptamt

Wo die Einführung von Versichertenberatern geplant ist, geht dies nicht ohne eine gute Vernetzung von Verwaltungsrat und Regionalbeirat. Um eine gemeinsame Strategie der Verwirklichung von mehr Versichertennähe zu verfolgen, muss das Hauptamt die Selbstverwaltung als wichtigen Akteur im Zusammenspiel sozialer und betriebswirtschaftlicher Aspekte begreifen. Hier muss gegebenenfalls noch Überzeugungsarbeit geleistet werden:



»Gegen den Willen der Geschäftsführung ist das nicht möglich!« (Interviewteilnehmer/in)

Vor dem Hintergrund einer pluralistischen Herangehensweise (vgl. Kap. 2.5) lässt sich dem Hauptamt gegenüber argumentieren, dass durch eine erkennbar an den Präferenzen und Bedürfnissen der Versicherten orientierte Geschäftspolitik die Wettbewerbsposition der Kasse gestärkt wird. Von einer Legitimation durch bedarfslagenorientierte Versorgung profitieren Selbstverwaltung und Hauptamt gleichermaßen.

Individuelle Versichertennähe

Versichertennähe ist zunächst ein Konstrukt und muss in der Praxis operationalisiert und als funktionsfähiges Modell etabliert werden. Die Unterscheidung von versorgungs- und betroffenenorientierter Versichertennähe muss auf verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung eingelöst werden, wenn eine umfassende Versichertennähe Ziel aller relevanten Akteure sein soll.

Individuelle Versichertennähe kann über zufällig entstehende Kontakte hinaus nur durch ein flächendeckendes Netz von Versichertenberatern hergestellt werden. Wo diese in Betrieben angesiedelt sind, haben nicht nur die

Versicherten (geringe Transaktionskosten durch Betreuung und Beratung am Arbeitsplatz, etabliertes Vertrauensverhältnis zum Betriebsrat) unmittelbar erkennbare Vorteile. Es bestehen weiterhin Vorteile für die Krankenkasse, die ihre Beratungsleistung dort anbieten kann, wo Bedarf entsteht. Die in den meisten Fällen bestehende Doppelrolle von Betriebsrat und Versichertenberater ermöglicht zudem die konsensorientierte Vermittlung zwischen einem Mitarbeiter mit Gesundheitsproblemen und eventuell daraus entstehenden arbeitsrechtlichen Konflikten mit der Geschäftsleitung. Versichertennähe, die an den Einzelnen selbst ansetzt, wird dem pluralistischen Praxismodell gerecht, das den Anspruch auf das Mitwirken der Versicherten, mithin deren individuelle und anlassbezogene Integration in das Versorgungsgeschehen beansprucht. Vor diesem Hintergrund kann daher folgende Aussage kaum als repräsentativ gelten:



»Die Beiräte sind für die Versicherten kaum sichtbar; muss auch nicht – wie die Kasse die Struktur für die Versicherten schafft, kann ihm egal sein.« (Interviewteilnehmer/in)

Mentoring

Die Mentoren müssen geeignete »Persönlichkeiten« als Versichertenberater aussuchen:



»Das muss jemand wollen und vorantreiben und dann die entsprechenden Leute finden. Ein Versichertenberater-Modell braucht Mentoren!« (Interviewteilnehmer/in)

Eine gute Vernetzung der Mentoren auf allen drei Ebenen der Selbstverwaltung ist die Voraussetzung, um diejenigen Betriebsräte oder gewerkschaftlichen Vertrauenspersonen ausfindig zu machen, die ihre

betriebliche Position als Ansprechpartner einsetzen wollen, um Kolleginnen und Kollegen in gesundheitsrelevanten Fragen zu beraten. Diese erweiterte Tätigkeit muss von den Mentoren, die in der Initialphase der Einrichtung von Versichertenberatern in der Regel aus dem Verwaltungsrat kommen, regelmäßig gewürdigt werden. Die Regionalbeiräte, auf die mit der Etablierung des Modells der Versichertenberater ein Großteil der Koordinierungs- und Betreuungsaufgaben übergeht, hat hier eine informationelle Holschuld. Wo diese nicht eingelöst wird, wo nicht in regelmäßigen Abständen regionale Informationsveranstaltungen und Konferenzen für die Versichertenberater abgehalten werden, kann der vertikale Informationsfluss nicht funktionieren und eine Transparenz über die Tätigkeit der Selbstverwaltung für die Versicherten nicht geschaffen werden.

Kassenartenübergreifende Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Befragung bestätigte, was die im Rahmen des HBS-Forschungsprojekts »Soziale Selbstverwaltung in der GKV: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer«³⁰ durchgeführte Studie zum Ergebnis hatte, nämlich die Wichtigkeit einer einschlägigen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Angesichts der Komplexität und Dynamik des Gesundheitssystems wird ein erheblicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf in rechtlicher, betriebswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Hinsicht festgestellt. Darüber hinaus sollte auch die Methodenkompetenz der Selbstverwalter verbessert werden. Ökonomische, rechtliche und organisatorische Grundlagen sollten möglichst zentral vermittelt werden, was zusätzlich auch einen kassen- bzw. kassenarten-

³⁰ Vgl. Baumeister, Hartje, Knötig, Wüstrich (2012), HBS a. a. O.

und ebenenübergreifenden Erfahrungsaustausch unter den Selbstverwaltern ermöglichte. Spezifische Inhalte und Problemlösungen mit regionalem Hintergrund sollten dagegen auf der dezentralen Ebene vermittelt werden. Für eine zentrale Organisation der Aus-, Fort, und Weiterbildung spricht ferner, dass einige Listenträger bereits über geeignete zentrale Bildungseinrichtungen verfügen. Zudem wurde seitens der Befragten angeregt, diese deshalb kassenübergreifend abzuhalten, weil das als gewinnbringend für alle angesehen wird:



»Wir hatten gute Erfahrungen mit den kassenübergreifenden Fortbildungen, die waren sehr gut ... da sind alle Versichertenvertreter zusammen gekommen. Hier wurde wirklich über den eigenen Tellerrand geguckt, gefragt, wie machen die anderen das? Da kann man viel mitnehmen!« (Interviewteilnehmer/in)

In diesem Zusammenhang müssen auch mögliche Freistellungsregelungen für die Selbstverwalter diskutiert werden. Einigkeit bei den Befragten herrscht in der Überzeugung, dass bei den bisherigen und zukünftigen Versichertenberatern der Schwerpunkt mehr auf Beratung und Betreuung und weniger auf Werbung für die Kasse liegen soll.

Abschließend muss mit Blick auf die hier beschriebenen Erfolgsfaktoren sichergestellt werden, dass ihre Umsetzung weder von Kassenarten noch von Listenträgern oder engagierten Einzelpersonen abhängig sein sollte. Es müssen personen- und organisationsunabhängige Strukturen gebildet werden.

Die aktuelle Diskussion über die Fortentwicklung der Selbstverwaltung problematisiert derzeit die durch die dynamische Konzentration der Kassenlandschaft (Fusionen, Konkurse, etc.) größer werdende Distanz zwischen Selbstverwaltern und Versicherten. Der angestrebte Ausbau der regionalen sowie örtlichen/betrieblichen Ebene (Versichertenberater) sind unmissverständliche Anzeichen dafür, dass die Selbstverwaltung und ihre gewerkschaftlichen Listenträger die »Zeichen der Zeit« erkannt haben: die Bedeutung des Wettbewerbs der Kassen um Versicherte, die konkreten individuellen Erwartungen der Versicherten an eine gute Versorgung, der auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels für gewerkschaftliche Listenträger und ihre Kampagnenfähigkeit zunehmend wichtiger werdende Gesundheitsaspekt in einer dynamischen und globalisierten Arbeitswelt (betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention). Alle diese Aspekte legen den Ausbau einer auf Versicherten-nähe angelegten »modernen Selbstverwaltung« nahe.

5 Zusammenfassung

Gegenstand der durchgeführten Studie war die Untersuchung konkreter Praxismodelle³¹ für mehr Versichertennähe in der sozialen Selbstverwaltung. Dabei sollte erweiterter Handlungsspielraum der Selbstverwaltung im Bereich individueller Beratung und Betreuung der Versicherten aufgezeigt werden. Die vorliegende qualitative Interviewstudie konnte gemäß der aufbauorganisatorischen Verankerung von Versichertenberatern und Regionalbeiräten (vgl. Kapitel 2.3) aufzeigen, dass es zur Herstellung von mehr Versichertennähe insgesamt drei Möglichkeiten innerhalb der untersuchten Modellvarianten gibt, die auf unterschiedliche Handlungsperspektiven verweisen. Wenngleich sich die vorgefundenen Interessenslagen und Perspektiven der Krankenkassen, der Gewerkschaften, der Arbeitnehmer-Selbstverwalter, der Betriebe und der Versicherten durchaus im Spannungsfeld konkurrierender Erwartungen befinden, zeichnete sich doch deutlich ab, dass aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenzuordnung nur über ein geschlossenes Praxismodell größtmögliche Versichertennähe hergestellt werden kann. Dies bedeutet, dass die volle Funktionalität aller möglichen Aufgaben sich nur dann entfalten kann, wenn alle drei Ebenen besetzt werden. Entsprechend lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine »idealtypische« Situation ableiten, die wie folgt aussieht.

Wo die 2-Ebenen-Modelle (vgl. Kapitel 3.2) um eine dritte aufbauorganisatorische Ebene innerhalb der Selbstverwaltung ergänzt werden, sind die Voraussetzungen für die Verbindung der Versicherten zu ihrer Krankenkasse optimal gewährleistet. Ein flächendeckendes Netz von Versichertenberatern ermöglicht den Krankenkassen über die Geschäftsstellen hinaus

auch in kleineren Betrieben präsent zu sein. Versichertenberater werden durch ein professionelles Mentoring in persönlicher, zeitlicher und sachlicher Hinsicht unterstützt und können somit, möglichst als freigestellte Betriebsräte, eine unbürokratische und in vertrauensvoller Atmosphäre stattfindende individuelle Beratung und Betreuung vor Ort leisten. Wird eine zusätzliche Ebene in Form regionaler Beiräte vorgesehen, spiegeln diese das regionale Versorgungsgeschehen über den Verwaltungsrat an das Hauptamt. So kann der Informationsfluss von den betroffenen Versicherten über die regionale Ebene hin zum Verwaltungsrat optimiert werden. Die Versichertenberater erarbeiten mit den Regionalbeiräten Perspektiven für eine bessere Beratung und Betreuung der Versicherten in den Betrieben wie auch in der Region. Die aus der Praxis im Kontakt mit den Versicherten gewonnenen Informationen ermöglichen die Identifizierung von Best-Practice-Modellen zur Verwirklichung einer guten Versorgung. Die diskutierten Praxismodelle können darüber hinaus auch einen kasseninternen Wettbewerb der regionalen Organisationseinheiten einer Kasse um die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten initiieren. Mehr Versichertennähe bedeutet demzufolge einen entscheidenden Mehrwert für alle Beteiligten.

Die Untersuchung der Praxismodelle zeigte aber auch Probleme auf. So wurde in der Befragung ein gewisses »Einzelkämpfertum« erkennbar. Dies kann möglicherweise auf die Heterogenität der Einzelgewerkschaften und ihrer programmatischen Ausrichtungen zurückgeführt werden. Nachteilig ist ferner, dass einige Kassenvorstände die Herstellung von Versichertennähe durch die Selbstverwaltung für unnötig halten.

³¹ Regionalbeiräte und Versichertenberater.

Problematisch für eine stärkere Outputlegitimation von Selbstverwaltung ist, dass die Versicherten häufig den Zusammenhang zwischen guter Versorgung und Selbstverwaltungsarbeit gar nicht herstellen. Für die Outputlegitimation von Selbstverwaltung ist es daher unabdingbar, dass die Versicherten den Zusammenhang von guter Versorgung und Selbstverwaltungsarbeit herstellen. In diesem Zusammenhang muss deutlich werden, dass Regionalbeiräte und Versichertenberater Teil der Selbstverwaltungs- und nicht der Kassenorganisation sind. Glaubwürdige Interessenvertretung – Ergebnisorientierung – Transparenz: Mit dieser Ausrichtung der Selbstverwaltungsarbeit werden nicht nur die Listenträger kampagnenfähig, sondern auch wählbar im besten Sinne des Wortes.

Abschließend wird mit Blick auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen deutlich, dass die Umsetzung von mehr Versichertennähe auch für sich allein genommen einen wichtigen Wert darstellt. Aus der Perspektive der Versicherten werden die Kassen mehr und mehr zu amorphen, unpersönlichen Großorganisationen. Die hier vorgestellten Praxismodelle bieten allen Beteiligten die Chance, dieses Bild zu korrigieren. Mehr Versichertennähe betont den bürgernahen, partizipativen, subsidiären, dezentralen, versicherorientierten und demokratischen Charakter sozialer Selbstverwaltung. Dies kann nur über die Versicherten selbst und ihre Selbstverwalter verwirklicht werden und trägt damit zu einem Versicherungswesen bei, das unter »maßgeblicher Mitwirkung der Versicherten«³² geschaffen wird.

³² Vgl. Artikel 161 der Verfassung des Deutschen Reiches von 1919: »Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.«

6 Anhang

6.1 Literatur

- Baumeister, Katharina; Hartje, Andreas; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas (2012): Handlungsfelder identifizieren, Hemmnisse abbauen, Handlungskompetenzen stärken, in: Soziale Sicherheit 8-9/2012, S. 293-299.
- Baumeister, Katharina; Hartje, Andreas; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas (2012): Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer. Handlungsfelder identifizieren – Hemmnisse abbauen – Handlungskompetenzen stärken. Erscheint in Kürze als HBS-Arbeitspapier.
- Beier, Angelika/Güner, Günter (2011): Selbstverwaltung braucht Versichertennähe, Versorgungsorientierung und Transparenz, in: Soziale Sicherheit 11/2011, S. 372-376.
- Blankart, Charles B. (2008): Öffentliche Finanzen in der Demokratie, München, 7. Aufl.
- Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012): Schlussbericht über die Sozialwahlen 2011, Berlin 2012, S. 25, 222. Online zu finden unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a411-schlussbericht-sozialwahlen-2011.pdf?__blob=publicationFile
- Güner, Günter (2012): Selbstverwaltung verteidigen und weiterentwickeln, in: Soziale Sicherheit 6/2012, S. 206-211.
- Kienle, Sascha (2010): Ehrenamtliche AOK-Versichertenberater – ein praktikables Modell?! Unveröffentlichte Studienarbeit, Studiengang »AOK-Betriebswirt/-in« (2008) aus der AOK-Bezirksdirektion Ulm-Biberach.
- Leopold, Dieter (2012): Die Tätigkeit der von der Selbstverwaltung gewählten Versichertenältesten bzw. Versichertenberater, in: Soziale Sicherheit 6/2012, S. 223-227.
- Nürnberger, Ingo; Frank, Marco (2012): Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sozialwahlen und Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, in: Soziale Sicherheit 4/2012, S. 148-151.
- Urban, Hans-Jürgen (2011): Soziale Selbstverwaltung: Eine problemorientierte Weiterentwicklung ist nötig, in: Soziale Sicherheit 11/2011, S. 364.
- Teichmann, Ulrich (1993), Wirtschaftspolitik, 4. Auflage, Tübingen.

6.2 Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BKK ZF & Partner	Betriebskrankenkasse Zahnradfabrik und Partner
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HBS	Hans-Böckler-Stiftung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse

Raum für Notizen

Raum für Notizen

Materialien



Die Arbeitshilfe für gewerkschaftliche Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in der GKV soll denjenigen eine Hilfestellung sein, die das Thema Krankengeldmanagement im Interesse der Versicherten anpacken wollen. Sie enthält rechtliche Hinweise und einen Fragenkatalog.



Die »Starthilfe« erleichtert Neulingen den Einstieg in das komplexe Feld der Gesundheitspolitik und führt in die Aufgaben der Selbstverwaltung ein. Zu den Themen Versorgung, Versichertennähe und Transparenz zeigt sie auf, wie Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter initiativ werden können.

Bezug: Mitglieder und Funktionäre der IG Metall über das Extranet (www.extranet.igmetall.de),
 Einzelexemplare bitte bei Agnes Stoffels (agnes.stoffels@igmetall.de) anfordern.

www.igmetall.de