

Selbstverwaltung bei den Krankenkassen:

Wie mehr Versichertennähe erreicht werden kann

Von Andreas Hartje, Nora Knötig und Thomas Wüstrich

Durch zahlreiche Fusionen in den letzten Jahren sind die gesetzlichen Krankenkassen immer größer geworden. Zugleich nahm die Zahl der sozialen Selbstverwalter/innen bei den Kassen erheblich ab. Unter diesen Bedingungen wird es für sie immer schwieriger, einen regelmäßigen Kontakt und ausreichende Nähe zu den Versicherten, die sie vertreten sollen, aufrecht zu erhalten. Um möglichst nah an der Versorgungsrealität und an den Interessen, Problemen und Wünschen der Versicherten zu sein, braucht die soziale Selbstverwaltung eine bessere Verankerung vor Ort und neue Arbeits- und Kommunikationsstrukturen. Im Folgenden werden Praxismodelle dazu vorgestellt und es wird nach Erfahrungen mit diesen Modellen gefragt.¹

1. Legitimation durch Versichertennähe und gute Versorgung

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.² Demgegenüber kann sich der »Mehrwert« einer versicherten- und arbeitnehmerorientierten Selbstverwaltungsarbeit aber auch aus ihrem Beitrag zur Gewährleistung einer »guten« Versorgung von Versicherten und Patienten ergeben.³ Neben den für die Versicherten unmittelbaren Vorteilen aus dieser primär versorgungsorientierten Herangehensweise an das Thema »Selbstverwaltung« könnte darüber hinaus diese ergebnisorientierte Perspektive die sozial- und gesundheitspolitische Kampagnenfähigkeit gewerkschaftlicher Listenträger nachhaltig stärken.

Eine betroffenenorientierte Ausrichtung sozialer Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) setzt allerdings voraus, dass die Arbeitnehmerselbstverwalter/innen in den diversen Selbstverwaltungsgremien der einzelnen Krankenkassen und ihrer Verbände eine konkrete Vorstellung davon haben, was die von ihnen vertretenen Versicherten und Patienten unter einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung verstehen und wo sich gegebenenfalls das Verhältnis zu ihren Krankenkassen problematisch gestaltet. Die Herstellung von Versichertennähe gestaltet sich jedoch für die Arbeitnehmervertreter/innen in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen zunehmend schwieriger: Fusionen und Konkurse gesetzlicher Krankenkassen und die hierdurch bedingte Konzentration der Kassenlandschaft lassen die Mitgliederzahlen pro Kasse und damit die durch die Selbstverwaltung repräsentierten Versicherten immer größer werden.

Untersuchungsgegenstand der hier vorgestellten Studie sind Modelle zur Herstellung von Versichertennähe, die aus Sicht der Autoren geeignet erscheinen, die zunehmende Distanz zwischen Arbeitnehmerselbstverwaltern und Versicherten zu verringern. Hierzu zählen die aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) tradierten, aber

nur bei wenigen Krankenkassen vorgesehenen Versichertenältesten/Versichertenberater⁴ sowie die ebenfalls nur bei einigen Krankenkassen eingerichteten Regionalbeiräte/Regionalausschüsse.

2. Theorie und Systematik von Modellen zur Herstellung von Versichertennähe in der GKV

2.1 Versichertenälteste/Versichertenberater⁵

Die gesetzliche Rentenversicherung sowie die Knappschaft verfügen traditionsgemäß seit langem auf der Basis satzungsmäßiger Schlüssel⁶ über ein weit und dicht gespanntes Netz an ehrenamtlich tätigen Versichertenältesten. Im Nachgang zu den Sozialwahlen 2011 gewann die Möglichkeit von Versichertenberatern auch in der GKV in der sozialpolitischen und wissenschaftlichen Diskussion über die

- 1 Grundlage für diesen Beitrag ist die Studie »Praxismodelle für mehr Versichertennähe in gesetzlichen Krankenkassen«, die die Autoren im Auftrag der IG Metall erarbeitet haben. Die Studie wurde auf der SelbstverwalterInnentagung der IG Metall Anfang November 2012 vorgestellt und im Dezember 2012 in einer Broschüre veröffentlicht. Herausgegeben wird die Broschüre vom IG Metall-Vorstand, Funktionsbereich Sozialpolitik, Frankfurt a. M.
- 2 Ingo Nürnberger/Marco Frank: Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sozialwahlen und Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, in: Soziale Sicherheit (SozSich) 4/2012, S. 148–151
- 3 vgl. Günter Güner: Selbstverwaltung verteidigen und weiterentwickeln, in: SozSich 6/2012, S. 206–211; Angelika Beier/Günter Güner: Selbstverwaltung braucht Versichertennähe, Versorgungssicherheit und Transparenz, in: SozSich 11/2011, S. 372–376 und Katharina Baumeister/Andreas Hartje/Nora Knötig/Thomas Wüstrich: GKV-Selbstverwaltung am Scheideweg, Handlungsfelder identifizieren, Hemmnisse abbauen, Handlungskompetenzen stärken, in: SozSich 8–9/2012, S. 293–299
- 4 Diese gibt es z. B. bei der AOK Baden-Württemberg und der AOK Plus; vgl. den ausführlichen Überblick dazu von Dieter Leopold: Ehrenamtliche Beratung und Betreuung vor Ort: Die Tätigkeit der von der Selbstverwaltung gewählten Versichertenältesten bzw. Versichertenberater/innen, in: SozSich 6/2012, S. 223–227, hier S. 226 f.
- 5 Die Begriffe »Versichertenälteste« und »Versichertenberater« werden im Folgenden synonym verwendet. Zu ihrer Bedeutung in der GKV, den rechtlichen Grundlagen und ihren Aufgaben siehe ausführlich Dieter Leopold, a. a. O., S. 223 f.
- 6 vgl. Grundsatzbeschluss der Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) vom 30. 5. 1961 in der Fassung (I. d. F.) vom 22. 6. 1994

zukünftige Legitimation, Rolle und Bedeutung der sozialen Selbstverwaltung wieder an 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.⁷

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 gemäß § 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.⁸

Da die Vorschriften des SGB IV keine Angaben darüber machen, was unter einer »ortsnahen Verbindung« zu verstehen ist, obliegt es dem Satzungsrecht der Kassen, diesen unbestimmten Rechtsbegriff zu besetzen. Der Beratungsanspruch der Versicherten ergibt sich aus § 14 SGB I, 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 der möglichen Einführung einer Bürgerversicherung. Eine Betreuung erfolgt also durch die Information der Versicherten durch die Krankenkasse, ohne dass ein konkretes einzelfallbezogenes Beratungsanliegen besteht.

Versichertenberater können hier ein wichtiges Bindeglied zwischen Krankenkasse und Versicherten darstellen. »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.«⁹

2.2 Regionalbeiräte / Regionalausschüsse / Bezirksräte¹⁰

Im Gegensatz zu den Versichertenältesten bzw. Versichertenberater 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.

Die Aufgaben der Regionalbeiräte werden im Einzelnen in den Satzungen der Krankenkassen geregelt.¹¹ 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 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 die in der Abbildung gezeigte Gliederungssystematik.

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 V. Ihre

7 vgl. Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen: Schlussbericht über die Sozialwahlen 2011, Berlin 2012, unter: www.bmas.de → Themen → Soziale Sicherung → Sozialwahl → Publikationen → Schlussbericht 2011 (vom 24. 1. 2013); dazu auch: Dieter Leopold: Bundeswahlbeauftragter will viele Neuerungen bei der Selbstverwaltung: Von »Friedenswahlen« zu »rechten« Sozialwahlen, in: SozSich 10/2012, S. 348–351

8 vgl. Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, a. a. O., S. 224

9 Hans-Jürgen Urban: Soziale Selbstverwaltung: Eine problemorientierte Weiterentwicklung ist nötig, in: SozSich 11/2011, S. 364

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

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

Abbildung: Aufbauorganisatorische Einordnung und regionale Zuständigkeit von Regionalbeiräten und Versichertenältesten

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

regionale Zuständigkeit erstreckt sich in geografischer 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- bzw. 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 Krankenkassen geregelt.

Ein geschlossenes Praxismodell zur Herstellung von Versichertennähe sollte aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenzuordnung alle drei Ebenen umfassen. Auf den ersten Blick wird deutlich: Das Drei-Ebenen-Modell kann seine volle Funktionalität nur dann entfalten, wenn alle Ebenen besetzt werden. Fehlt eine Ebene, so 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. Es wäre zweckmäßig, ein dichtes Netz an Versichertenberatern und Regionalbeiräten zu knüpfen, das über die Fläche eine gleichmäßige und vollständige Abdeckung aller Versicherten gewährleistet.¹²

2.4 Versichertenberater/innen und Regionalbeiräte aus der Perspektive der betroffenen Akteure

Praxismodelle zur Herstellung von Versichertennähe stehen im Spannungsfeld von teilweise konkurrierenden Erwartungen, Interessenslagen und Perspektiven. Wenn gleich gesetzliche Krankenkassen, Listenträger/Gewerkschaften, Arbeitnehmerselbstverwalter/innen, Betriebe

und Versicherte aus ihrer jeweiligen Rolle heraus unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, sollte dennoch das zentrale Anliegen aller Beteiligten eine gute Versorgung der Versicherten sein. Dies impliziert, dass die idealtypische Herangehensweise für den hauptamtlichen Vorstand darin besteht, durch eine deutlich erkennbar an den Präferenzen und Bedürfnissen der Versicherten orientierte Geschäftspolitik die Wettbewerbsposition der Kasse zu stärken. Selbstverwaltung und Hauptamt legitimieren sich durch eine an der tatsächlichen Bedarfslage orientierten Versorgung und befinden sich dann erkennbar in einer klassischen Win-win-Situation.

2.4.1 Aus der Sicht der Krankenkassen

Regionalbeiräte und Versichertenberater können aus Sicht der Krankenkassen 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 der Kasse ein regionales Gesicht geben. 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 ihren Repräsentanten, in der Regel also tief in der Region verwurzelten örtlichen »Honoratioren« – möglich. Eine regional aktive und deutlich erkennbare Präsenz einer Kasse kann einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil gegenüber nur überregional bundes- oder landesweit agierenden Konkurrenten darstellen.

Zum anderen können Regionalbeiräte und Versichertenberater/innen 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.

2.4.2 Aus der Sicht der Arbeitnehmerselbstverwalter/Verwaltungsräte

Die Zulassung von Kassenwettbewerb 1996 hat in der Kassenlandschaft einen dynamischen und bis dato anhaltenden Konzentrationsprozess eingeleitet. Betrug die Anzahl der gesetzlichen Kassen Anfang der 1990er Jahre noch über 1.100, so hat sich ihre Zahl durch Fusionen und Konkurse inzwischen auf 134 reduziert.¹³ Aufgrund des zuneh-

¹² Die Schlüsselzahlen zur Verteilung der Versichertenberater/innen könnten sich auch in der GKV an den satzungsmäßigen Vorschriften der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, der regionalen Träger der DRV sowie der DRV Knappschaft-Bahn-See orientieren.

¹³ vgl. Dieter Leopold: Fusionswelle ebbt ab: Anfang 2013 gab es noch 188 selbstständige Sozialversicherungsträger, S. 53 f. in diesem Heft

menden 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 1990er Jahre hat sich auch die Zahl der Selbstverwalter von insgesamt über 30.000 auf inzwischen rund 1.900 drastisch reduziert.¹⁴ Für die Selbstverwalter/innen wird es demnach zukünftig schwieriger, in einen direkten persönlichen Kontakt mit den Versicherten zu treten.

Das Einziehen ergänzender Selbstverwaltungsebenen mit regionalem und örtlichem Bezug kann hier unmittelbar zur Herstellung von Versichertennähe beitragen. Diese Ebenen ermöglichen den Selbstverwalter/innen sowohl eine explizite und praktisch-konkrete Bezugnahme auf Versicherteninteressen und die Lebens- und Versorgungswirklichkeit als auch eine reflektierend evaluatorische Rückkopplung des eigenen Selbstverwalterhandelns.

2.4.3 Aus der Sicht der Gewerkschaften / Betriebsräte

Soziale Selbstverwaltung ist traditionell ein angestammtes wichtiges sozialpolitisches Betätigungsfeld und Profiliierungsfeld 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 so genannten freien 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 teilweise deutlich zurückgedrängt.¹⁵

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. Insbesondere auf den originären Handlungsfeldern der Selbstverwaltung – Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung – können Betriebsräte und Versichertenberater/innen zur Verbesserung des gewerkschaftlichen Profils und der Kampagnenfähigkeit beitragen.

2.4.4 Aus der Sicht der Versicherten

Versichertenberater/innen 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 GKV. 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/innen, 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.

2.4.5 Aus der Sicht der 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. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Konkurrenz um qualifizierte Fachkräfte wird eine erfolgreich implementierte, mitarbeiterorientierte betriebliche Gesundheitsförderung mehr und mehr Voraussetzung für ein erfolgreiches Personalmanagement. Versichertenberater/innen könnten somit einen Beitrag dazu leisten, dass die Beschäftigten sich nicht ausschließlich als Mitglieder z. B. der AOK Bayern, sondern darüber hinaus als Angehörige der »AOK ihres Betriebs« begreifen.

3. Empirie der Modellvarianten

Wie bereits oben angedeutet, existieren neben den obligatorischen Verwaltungsräten bei einigen Kassen tatsächlich auch (schon) Regional- bzw. Bezirksräte und/oder Versichertenberater/innen bzw. Versichertenälteste als weitere Ebenen der sozialen Selbstverwaltung. So lag es nahe, bei betroffenen Kassen Verwaltungsräte, Regionalbeiräte oder Versichertenberater nach ihren konkreten Praxiserfahrungen mit diesen Modellen zu befragen. Allerdings ist in der Praxis neben dem oben skizzierten Drei-Ebenen-Modell

¹⁴ So betrug am Anfang der laufenden Wahlperiode (Mitte 2011 – Mitte 2017) die Gesamtzahl der Selbstverwaltungsmandate bei den AOKs, IKKs, BKKs und Ersatzkassen 1.932. Davon entfielen 1.358 Mandate auf die Versichertenräte (vgl. Der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, a. a. O., S. 29). Durch weitere Fusionen der Kassen hat sich die Zahl der Selbstverwalter/innen inzwischen aber schon wieder weiter reduziert.

¹⁵ vgl. auch Marco Frank: Die Ergebnisse der Sozialwahl 2011. Eine erste Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht, in: SozSich 6–7/2011, S. 224–229; Autorenteam des Funktionsbereichs Sozialpolitik beim IG-Metall-Vorstand: Die Ergebnisse der Sozialwahlen 2005. Eine Analyse und Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht, in: SozSich 7–8/2005, S. 246–253

(vgl. Abb. auf S. 47) häufig nur ein Zwei-Ebenen-Modell vorhanden. Deshalb wurden auch Vertreter von Kassen, die neben dem Verwaltungsrat nur einen Regionalbeirat oder nur Versichertenberater/Innen haben, nach Ihren Erfahrungen befragt.

3.1 Die Stichprobe

Die Stichprobe umfasst 15 Befragte – darunter zwei Frauen – aus neun empirisch erfassten, nach Kassen bzw. Kassenarten differenzierten Modellvarianten. Die Auswahl der Kassen erfolgte theoriegeleitet, d. h. es wurden gemäß der aufbauorganisatorischen vertikalen Gliederung (vgl. Abb. auf S. 47) verschiedene Modellvarianten untersucht. Dabei wurde darauf geachtet, hinsichtlich der Größe, der unterschiedlichen Institutionalisierung der Ebenen sowie der regionalen oder bundesweiten Verortung der jeweiligen Kasse ein möglichst heterogenes Abbild der Kassenlandschaft zu gewinnen. Hinsichtlich der Verbesserung von Versichertennähe wurde insbesondere danach ausgewählt, ob es bereits Versichertenberater/Innen gibt.

In einer ersten Erhebungsrunde konnte zu acht der neun ausgewählten Kassen (AOK Baden Württemberg, AOK Bayern, AOK Plus, AUDI BKK, Barmer GEK, BKK ZF & Partner, IKK classic, Knappschaft-Bahn-See und TK) je ein Verwaltungsratsmitglied befragt werden. Darauf folgend wurde in einer zweiten Erhebungsrunde zu sechs der neun Modellvarianten je eine Person in ihrer Funktion als Versichertenberater oder Regionalbeirat befragt. Insgesamt wurden auf diese Weise 15 Personen befragt, von denen exemplarische Zitate in anonymisierter Form unten in Kapitel 4 wiedergegeben werden.

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 Das Drei-Ebenen-Modell

In der Praxis findet sich das *Drei-Ebenen-Modell* in einer Reihe von Varianten umgesetzt. Alle Varianten sehen für die drei Ebenen je unterschiedliche Aufgabenbereiche und innerhalb der Gesamtstruktur komplementär 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 auch den diversen Leistungsanbietern, um Versichertennähe strukturell über eine 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/Innen bzw. die Versichertenältesten. Der Versichertenberater stellt die lokale, in der Regel betrieblich verankerte Struktur der Selbstverwaltung dar.¹⁶ 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 Anbindung an die »übergeordneten« Selbstverwaltungsebenen: Üblicherweise wird von den Regionalbeiräten unter Einbeziehung einzelner Verwaltungsratsmitglieder zu regionalen Informationsveranstaltungen eingeladen. Der Versichertenberater stellt sozusagen den verlängerten Arm von Verwaltungsrat und Regionalbeirat dar. Untersucht wurden stellvertretend für dieses Modell

- die Knappschaft-Bahn-See (KBS), die über den Verwaltungsrat hinaus aus der Tradition als Rentenversicherungsträger seit langem über Regionalausschüsse und Versichertenälteste verfügt,
- die AOK Baden-Württemberg, bei der sich neben dem Verwaltungsrat Regionalbeiräte und in einigen Direktionen seit kurzem auch Versichertenberater finden
- sowie die IKK classic mit Landesbeiräten und Handwerksrepräsentanten.

3.2.2 Zwei-Ebenen-Modelle

Das *Zwei-Ebenen-Modell* tritt in zwei Ausprägungen auf: Die eine empirisch vorgefundene Variante ergänzt den Verwaltungsrat (VR) um einen Regionalbeirat. Exemplarisch hierfür gelten die AOK Bayern und die AUDI BKK mit ihren Regionalbeiräten.¹⁷

Die zweite empirisch vorgefundene Variante kommt ohne regionale Selbstverwaltungsorgane aus, hat aber dafür auf lokaler Ebene in den Betrieben aktive Versichertenberater. Hierzu zählen die Barmer GEK mit Vertrauenspersonen, die Techniker Krankenkasse (TK) mit ehrenamtlichen Beratern, die BKK ZF & Partner mit Versichertenberatern und die AOK Plus mit Versichertenältesten.

Die beiden Varianten des Zwei-Ebenen-Modells stellen somit jeweils teilrealisierte Ausprägungen des Drei-Ebenen-Modells dar.

Die Tabelle stellt die empirisch vorgefundenen Modelltypen nach Kassen dar.

¹⁶ Eine Ausnahme bildet die DRV Knappschaft-Bahn-See, die auf der regionalen Ebene zwar ebenfalls Regionalausschüsse eingerichtet hat, die ihre Versichertenältesten in der Regel aber auch in den privaten Räumlichkeiten der Versicherten oder der Versichertenältesten die Beratung und Betreuung durchführen lässt.

¹⁷ Die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der BKK Audi denken aktuell über die Einführung von Versichertenberatern nach, um zusätzliche Ansprechpartner für die Versicherten vor Ort in den Betrieben zu haben.

Tabelle: Empirisch belegte Modellvarianten nach Krankenkassen

Modellvariante	Krankenkasse
Drei-Ebenen-Modelle:	
Verwaltungsrat (VR) + Landesbeiräte + Handwerksrepräsentanten	IKK classic
VR + Versichertenberater + Bezirksräte	AOK Baden-Württemberg
VR + Versichertenberater + Regionalausschüsse	KBS
Zwei-Ebenen-Modelle:	
<i>Fokus nur auf der regionalen Ebene:</i>	
VR + Regionalbeiräte	AUDI BKK
VR + Regionalbeiräte	AOK Bayern
<i>Fokus nur auf der örtlichen Ebene:</i>	
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 und unvollständig dar: Es existiert eine 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.¹⁸ 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

¹⁸ 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 auch 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.

¹⁹ D. h. auf der zentralen, mittleren und örtlichen Ebene.

²⁰ Empirisch erwies sich das Versichertenberatermodell eher in großen Betrieben als zweckmäßig. Daher gibt es zunächst noch keine flächendeckend gleichmäßige Einrichtung von Versichertenberatern (nicht überall finden sich gleichmäßig viele große Betriebe). Dabei entscheiden teils komplexe Schlüssel über ihre Verteilung, wie beispielsweise in den »Versichertenälteste-Bezirken« im Modell der Knappschaft-Bahn-See: für je 7.000 Mitglieder wird hier ein Versichertenältester gewählt.

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.

4.1 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. 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.

Die individuell- und regionalbezogene Herstellung von Versichertennähe wird also nur dann gelingen, wenn alle drei Ebenen von Selbstverwaltung ausdifferenziert werden.¹⁹ Wichtig ist neben der Vollständigkeit in vertikaler Richtung auch die horizontale Ebene, auf der Modelle komplettiert werden müssen, wenn Versichertennähe nicht ein von Zufälligkeiten abhängiges »Exklusiv-Konzept« für wenige privilegierte Versicherte bleiben soll. Erforderlich ist deshalb, dass unabhängig von Kassenart, Betriebsgröße und Listenträger ein flächendeckendes Netzwerk an Regionalbeiräten und Versichertenberatern realisiert wird.²⁰

Ein in horizontaler Hinsicht vollständig flächen- und betriebsabdeckendes dreistufiges Selbstverwaltungsmodell darf jedoch nicht zur Folge haben, dass die wettbewerbliche Konkurrenz der Kassen um Versicherte in den Betrieben ausgetragen wird. Eine mögliche Eingrenzung des hierin liegenden Konfliktpotenzials könnte auch in einer Regel liegen, wonach Krankenkassen nur in denjenigen Betrieben (wiederum ab einer Mindestgröße) ihre Versichertenberater/innen vorsehen 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, was ein Interviewpartner so formulierte: »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.«

4.2 Aufbauorganisatorische Komplementarität

Erforderlich ist weiterhin eine möglichst 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. 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.

Dies erfordert eine sowohl in horizontaler und als vertikaler Richtung angelegte Kommunikation, damit sich die zentralen, regionalen und örtlichen Aufgabenbereiche ergänzen und die Selbstverwalter die Herausforderungen durch die wachsenden Versichertenzahlen annehmen können. Dazu meinte ein Interviewpartner: »Es herrscht ein gewisses Defizit innerhalb der Kassenstruktur, weil kein strukturierter Dialog zwischen Regionalbeirat und Verwaltungsrat stattfindet, d. h. wenig Info von unten nach oben auf dieser Linie.«

4.3 Unterstützung durch das Hauptamt

Zwingend für die erfolgreiche Arbeit von Regionalbeiräten und Versichertenberatern ist die uneingeschränkte Akzeptanz und Unterstützung durch die hauptamtlichen Vorstände. Um eine gemeinsame Strategie der Verwirklichung von mehr Versichertennähe zu verfolgen, muss das Hauptamt daher die Selbstverwaltung in all ihren Ausprägungen 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«, sagte dazu einer der Befragten.

4.4 Individuelle Versichertennähe

Versichertennähe 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 sie umfassendes Ziel und Handlungsmotiv 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. Versichertennähe, die an den Einzelnen selbst ansetzt, postuliert nicht nur den Anspruch auf das Mitwirken der Versicherten, sondern konkretisiert ihn auch. 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.«

4.5 Mentoring

Ein Versichertenberater braucht, um kompetent zu betreiben und zu beraten selbst ein gutes Mentoring zur Unterstützung seiner Arbeit, insbesondere in der ersten Phase seiner Einrichtung. Eine solche Betreuung im Sinne einer Anleitung kann nur jemand mit ausreichender Berufspraxis leisten, weshalb die Funktion des Mentors in der Regel Verwaltungsräten, bzw. insbesondere Verwaltungsratsvorsitzenden zukommt. Sie sind es auch, die – durch ihre entsprechende Verbindung zum Hauptamt – den Prozess der Implementierung von Versichertenberatern anstoßen. Die Mentoren müssen dabei zunächst geeignete »Persönlichkeiten« als Versichertenberater/innen aussuchen. Dabei ist eine gute Vernetzung der Mentoren auf allen drei Ebenen der Selbstverwaltung Voraussetzung, um diejenigen Betriebsräte oder gewerkschaftlichen Vertrauenspersonen ausfindig zu machen, die ihre betriebliche Position als Ansprechpartner einsetzen wollen, um ihre Kolleginnen und Kollegen in gesundheitsrelevanten Fragen zu beraten. Diese zusätzliche Aufgabe muss von den Mentoren zudem regelmäßig gewürdigt werden: »Das muss jemand wollen und vorantreiben und dann die entsprechenden Leute finden. Ein Versichertenberater-Modell braucht Mentoren!« So formulierte es einer der Befragten.

4.6 Kassenartenübergreifende Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Befragung bestätigte ein Ergebnis, das sich auch in der Studie im Rahmen des Forschungsprojekts von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) »Soziale Selbstverwaltung in der GKV: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer«²¹ ergeben hatte: die Wichtigkeit einer einschlägigen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Selbstverwalter/innen bei den Kassen. Angesichts der Komplexität und Dynamik des Gesundheitssystems ist diese in rechtlicher, betriebswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Hinsicht erforderlich.

Darüber hinaus sollte auch die Methodenkompetenz der Selbstverwalter/innen verbessert werden. Ökonomische, rechtliche und organisatorische Grundlagen sollten möglichst zentral vermittelt werden, wobei sich ein kassen- bzw. kassenarten- und ebenenübergreifender Erfahrungsaustausch unter den Selbstverwaltern offensichtlich bewährt, wie ein Interviewter bestätigte: »Wir hatten gute

21 vgl. Katharina Baumeister/Andreas Hartje/Nora Knötig/Thomas Wüstrich: Soziale Selbstverwaltung in der GKV: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer. Handlungsfelder identifizieren – Hemmnisse abbauen – Handlungskompetenzen stärken. Arbeitspapier HBS 2013, erscheint in Kürze.

Erfahrungen mit den kassenübergreifenden Fortbildungen, die waren sehr gut [...], da sind alle Versichertenvertreter zusammgekommen. Hier wurde wirklich über den eigenen Tellerrand geguckt, gefragt, wie machen die anderen das? Da kann man viel mitnehmen!»

Im Zusammenhang mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen auch mögliche Freistellungsregelungen für die Selbstverwalter/innen 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.

5. Zusammenfassung

Gegenstand der durchgeführten Studie war die Untersuchung konkreter Praxismodelle²² für mehr Versicherten-nähe in der sozialen Selbstverwaltung. Dabei sollte ein 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 Versicherten-nähe insgesamt drei Möglichkeiten innerhalb der untersuchten Modellvarianten gibt, die auf unterschiedliche Handlungsperspektiven verweisen.

Wenngleich sich die vorgefundenen Interessenslagen und Perspektiven der Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitnehmerselbstverwalter, Betriebe und Versicherten durchaus im Spannungsfeld konkurrierender Erwartungen befinden, zeichnete sich doch deutlich ab, dass aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenzuordnung nur über ein geschlossenes Praxismodell größtmögliche Versicherten-nähe 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« Handlungsanweisung ableiten, die wie folgt aussieht:

Ein flächendeckendes Netz von Versichertenberatern ermöglicht den Krankenkassen über die Geschäftsstellen hinaus auch in den Betrieben präsent zu sein. Versichertenberater/innen werden durch ein professionelles Mentoring in persönlicher, zeitlicher und sächlicher 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, spiegelt 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/innen 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 kassen-internen Wettbewerb der regionalen Gliederungen einer Kasse um die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten initiieren. Mehr Versicherten-nähe 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 Versicherten-nähe durch die Selbstverwaltung für unnötig halten.

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 bzw. erkennen. In diesem Zusammenhang muss deutlich werden, dass Regionalbeiräte und Versichertenberater Teile der Selbstverwaltung und nicht Teile des Hauptamtes (Vorstands) 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 Versicherten-nähe 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 Versicherten-nähe betont den bürgernahen, partizipativen und mithin demokratischen Charakter von sozialer Selbstverwaltung. Sie trägt zu einem Versicherungswesen bei, das unter maßgeblicher Mitwirkung der Versicherten geschaffen wird. »

Die Autoren:

Dipl.-Soziologe Anreas Hartje und Dr. Nora Knötig sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Ökonomie und Recht an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Universität der Bundeswehr München. Prof. Dr. Thomas Wüstrich ist hier Professor für Volkswirtschaftslehre und -politik.

22 Regionalbeiräte und Versichertenberater/innen