Sozialpolitik | Vorstand

Gute Leistungen, gerecht finanziert.



Starthilfe für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in der GKV

Inhalt

Vorwort 1

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 3

2 Struktur der GKV 4

3 Probleme der GKV 5

4 Reformbedarf der GKV 7

5 Selbstverständnis gewerkschaftlicher SelbstverwalterInnen 9

6 Aufgaben und Arbeitsweise des Verwaltungsrats 11

7 Selbstverwaltung braucht Versorgungsorientierung 15

8 Selbstverwaltung braucht Versichertennähe 18

9 Selbstverwaltung braucht Transparenz 22

10 Materialien und Informationsquellen 23

Impressum

Herausgeber ..... IG Metall Vorstand
Funktionsbereich Sozialpolitik
Christoph Ehlscheid
Wilhelm-Leuschner-Straße 79
60329 Frankfurt am Main
www.igmetall.de

Redaktion ..... Angelika Beier (IG Metall), Günter Güner

Bildnachweis ..... IG Metall, andresinfinite/Fotolia, Allianz, Ergo, Walensky

Grafik ..... LingoVision, Hamburg/Gelsenkirchen

Druck ..... A. Ollig GmbH & Co. KG

Auflage 2 000

Copyright ..... © 2011 by IG Metall Vorstand

Vorwort

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
willkommen im Kreis der Selbstverwalter und herzlichen Dank für Eure Bereitschaft, die Interessen der Versicherten in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu vertreten!

Die IG Metall schätzt das Selbstverwaltungsprinzip als demokratisches Grundprinzip der Sozialversicherungen sehr hoch ein und misst dem Engagement in der Selbstverwaltung große Bedeutung zu. Die Selbstverwaltungsgremien sind die höchsten Entscheidungsorgane der Sozialversicherung. Sie bestimmen – auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenbedingungen – über die Verwendung von Mitteln und über die Ausgestaltung von Leistungen. Ohne die Stimmen der Versichertenvertreter können relevante Änderungen wie z. B. Fusionen von Krankenkassen oder auch die Erhebung von Zusatzbeiträgen nicht beschlossen werden.

Die Arbeit in der Selbstverwaltung ist nicht nur hinsichtlich der Ausgestaltung gesetzlicher Rahmenbedingungen relevant, sondern sie ist zugleich Plattform für die Auseinandersetzung um sozialpolitische Weichenstellungen. Sie gewinnt somit strategische Bedeutung für die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Auch deshalb erachtet es die IG Metall für notwendig, dass Vertreterinnen und Vertreter der Gewerkschaften Einfluss nehmen und in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung aktiv mitarbeiten.

Das alles zeigt: Die Arbeit im Verwaltungsrat einer Krankenkasse ist gewerkschaftliche Interessenvertretungsarbeit im wahrsten Sinne des Wortes. Auf unsere Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter wartet eine verantwortungsvolle Aufgabe!



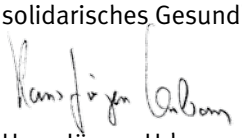
Die erstmals gewählten Verwaltungsratsmitglieder kennen bisher das Gesundheitssystem als Patient und Beitragszahler und haben die gesundheitspolitischen Reformdiskussionen verfolgt. Künftig blicken sie hinter die Kulissen, beschäftigen sich mit dem Gesundheitsfonds, mit der Verteilung der Mittel, mit Versorgungsfragen, Gesundheitsförderung und dem Kassenwettbewerb.

Damit der Start in die neue Aufgabe gut gelingt, haben wir in dieser Broschüre eine Reihe von Informationen zusammengestellt und hoffen damit, den »Neulingen« den Einstieg in die komplexe Materie der Gesundheitspolitik etwas zu erleichtern. Zugleich wollen wir mit der »Starthilfe« ermutigen, sich mit dem Gesundheitssystem vertraut zu machen und auch Fragen zu stellen.

Über diese ersten Informationen hinaus hält die IG Metall weitere Unterstützungs- und Kooperationsangebote bereit. Unsere Selbstverwalter sind keine Einzelkämpfer, sondern haben eine starke Gewerkschaft im Rücken. Als Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreter handeln sie im Auftrag ihrer Gewerkschaft, die sie für den Verwaltungsrat vorgeschlagen hat. Das geht nicht ohne Unterstützung durch die IG Metall und nicht ohne Zusammenarbeit der Selbstverwalter mit ihrer Organisation: Die IG Metall unterstützt durch Schulungen oder Tagungen. Der Arbeitskreis Gesundheitspolitik beim Vorstand der IG Metall greift zen-

trale Fragen der Selbstverwaltungspraxis auf, erarbeitet Vorgehensweisen, politische Positionen und entwickelt Konzepte für die solidarische Erneuerung des Gesundheitssystems. Diese Angebote kann und sollte jeder aktive Metaller, der sich im Verwaltungsrat einer Krankenkasse engagiert, nutzen und sich bei wichtigen Entscheidungen mit seiner Organisation abstimmen.

Ich freue mich auf die künftige Zusammenarbeit mit Euch und wünsche unserem gemeinsamen Engagement für ein solidarisches Gesundheitssystem viel Erfolg!



Hans-Jürgen Urban
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Eine gesetzliche Krankenkasse muss jeden Versicherungspflichtigen aufnehmen (Kontrahierungszwang), während eine private Versicherung die Mitgliedschaft ablehnen kann, wenn ihr das Risiko z. B. aufgrund von Vorerkrankungen zu hoch erscheint. Außerdem gilt für die GKV ein einheitlicher Leistungskatalog. Bei einer privaten Krankenversicherung können sich die Leistungen je nach Einzelvertrag unterscheiden.

In der GKV gilt das Solidarprinzip. Jeder Versicherte bekommt Leistungen, die notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, unabhängig davon, wie hoch seine Beiträge sind. Damit ist es möglich, dass Reiche und Gesunde die Armen und Kranken mittragen.

Grundprinzipien der GKV

- Solidarprinzip
- Paritätische Finanzierung
- Sachleistungsprinzip
- Prinzip der sozialen Selbstverwaltung

Die Beiträge zur GKV werden im Grundsatz paritätisch finanziert, das heißt Arbeitgeber und Versicherte zahlen einen gleich hohen Anteil. Das Prinzip der paritätischen Finanzierung wird jedoch zunehmend ausgehöhlt. Der Gesetzgeber hat Leistungen gestrichen, Patienten zahlen Eigenanteile und Praxisgebühren sowie Sonder- und Zusatzbeiträge. Das führt dazu, dass Arbeitgeber nicht mehr die Hälfte, sondern nur noch etwa 40 Prozent der Kosten tragen.

Ein weiteres Merkmal der GKV ist das Sachleistungsprinzip. Alle medizinischen Leistungen werden als Sachleistung erbracht. Anders als bei der privaten Versicherung muss niemand die Rechnung seines Arztes zunächst selbst begleichen und das Geld bei der privaten Krankenkasse wieder einfordern. Bei der GKV handeln stattdessen die Kassen oder ihre Verbände mit den Leistungserbringern (etwa Ärzte oder Krankenhäuser) die Vergütung aus. Abgerechnet wird zwischen Krankenkassen und Ärzten bzw. den ärztlichen Vereinigungen. Krankenhäuser rechnen direkt mit der Kasse ab.

Solidarische Finanzierung, § 3 SGB V

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

Zudem gilt das Prinzip der Selbstverwaltung: Die soziale Selbstverwaltung ist ein wichtiges Organisationsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie die betriebliche Mitbestimmung und die Tarifautonomie beruht sie darauf, dass die Betroffenen mitbestimmen. Für die Selbstverwaltung in der GKV heißt das konkret:

- Die Krankenkasse wird von Versicherten und Arbeitgebern, also denjenigen, die Beiträge zahlen, selbst verwaltet;
- Die gewählten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber treffen alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung;
- Sie bestimmen darüber, wie die Kasse die gesetzlichen Regelungen umsetzt, z. B. ob sie die möglichen neuen Versorgungsformen nutzt und bei Mängeln wie etwa Nachsorge von Schlaganfallpatienten eine bessere Behandlung anbietet.

Für die Arbeitnehmerseite ist soziale Selbstverwaltung eine große Chance, auf die gesundheitliche Versorgung Einfluss zu nehmen.

2 Struktur der GKV

Die Struktur der deutschen Krankenversicherung ist weltweit nahezu einmalig: Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, während sich rund zehn Prozent – hauptsächlich Beamte, Selbstständige und Besserverdienende – über eine private Krankenversicherung (PKV) absichern können. Gesetzliche und private Krankenversicherung unterscheiden sich wesentlich. Die PKV wird durch private Versicherungsunternehmen angeboten. Sie hat ihre Grundlagen im Zivilrecht und nicht – wie die gesetzliche Krankenversicherung – im Sozialrecht.

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die gesetzlichen Krankenkassen, die selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Ein hauptamtlicher Vorstand und ein ehrenamtlicher Verwaltungsrat verantworten gemeinsam die Führung der Krankenkasse. Der Verwaltungsrat besteht aus maximal 30 Mitgliedern, jeweils zur Hälfte Versicherten- und Arbeitgebervertreter (Ausnahmen: Barmer GEK, DAK [2011], HEK). Über seine Zusammensetzung wird alle sechs Jahre per Sozialwahl neu entschieden.

Kassenarten

- Allgemeine Ortskrankenkassen
- Ersatzkassen
- Innungskrankenkassen
- Betriebskrankenkassen
- Landwirtschaftliche Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See

Zurzeit gibt es ca. 150 gesetzliche Kassen, die zu unterschiedlichen Kassenarten gehören. Innerhalb der Kassenarten existieren Landes- und Bundesverbände, die die Interessen der jeweiligen Kassenart vertreten und die Kassen bei ihren Aufgaben unterstützen. Dachverband ist der GKV-Spitzenverband, der die gemeinsamen Interessen der gesetzlichen Krankenkassen vertritt. Der GKV-Spitzenverband regelt alle wettbewerbsneutralen Aufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Ebenfalls alle sechs Jahre wählt die Mitgliederversammlung aller gesetzlichen Krankenkassen den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands.

Der GKV-Spitzenverband vertritt die Kasseninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem die Verbände der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser) angehören. Diese Zusammenarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss wird auch als »Gemeinsame Selbstverwaltung« bezeichnet. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit legt die »Gemeinsame Selbstverwaltung« – und nicht der Gesetzgeber – fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung die GKV vergütet und welche nicht.

Anzahl der Kassen und GKV-Mitglieder nach Kassenart (2011 und 2005)

	2011 (31. Mai 2011)			2005 (Jahresdurchschnitt)		
Kassenart	Anzahl Kassen[1]	Mitglieder in Mio.[2]	in %	Anzahl Kassen	Mitglieder in Mio.	in %
AOK	12	17,9	34,8	17	18,3	36,3
BKK	121	9,2	17,9	210	10,1	20,0
IKK	7	3,9	7,6	19	3,3	6,6
LKK	9	0,6	1,2	9	0,6	1,2
KBS	1	1,4	2,7	2	1,2	2,4
vdek	6	18,3	35,8	10	16,8	33,3
Gesamt	156	51,3	100	267	50,3	99,8

[1]31. Mai 2011, [2]Januar 2011. Quelle: BMG (KM 1) und eigene Berechnungen.

3 Probleme der GKV

Wer die Probleme der GKV kennt, dem gelingt es auch, die gesundheitspolitischen Positionen und Reformvorschläge zu bewerten.

Die GKV hat ein massives Gerechtigkeitsproblem: Wer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (4 125,00 Euro/Monat, 2011) liegt, kann aus der Solidargemeinschaft der GKV aussteigen und sich privat versichern. Einkommen und Gesundheit hängen jedoch zusammen, wie der »Sozialbericht für Deutschland« (2011) feststellt. Wer gut gebildet und vermögend ist, ist seltener und weniger schwer krank und lebt im Schnitt bis zu zehn Jahre länger. Gerade diejenigen, die gesünder sind und weniger Ausgaben verursachen, können demnach der GKV den Rücken kehren. Damit fehlen ihr nicht nur die Einnahmen, sondern es verschlechtert sich auch deren Risikostruktur. GKV-Versicherte haben ein höheres Krankheitsrisiko als privat Versicherte, d. h. ihre gesundheitliche Versorgung ist somit deutlich teurer.

Außerdem gibt es eine Beitragsbemessungsgrenze (3 712,50 Euro/Monat, 2011). Das ist der Betrag, bis zu dem Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung höchstens erhoben werden dürfen. Von Einkommen oberhalb dieser Grenze werden keine Beiträge erhoben. Gutverdienende werden geschont, während Geringverdiener prozentual eine deutlich höhere Beitragslast stemmen müssen. Weitere Einkommensarten (z. B. Kapitaleinkommen) werden nicht berücksichtigt, obwohl deren Anteil am Volkseinkommen steigt. Eine einkommensunabhängige Kopfpauschale, wie sie die schwarz-gelbe Bundesregierung befürwortet, verschärft das Problem. Ein erster Schritt ist bereits mit dem Zusatzbeitrag getan. Die Arbeitgeber werden geschont, während die Versicherten stärker belastet werden. Nach dem Willen der Bundesregierung sollen Versicherte künftig die Kostensteigerungen im GKV-System allein tragen.

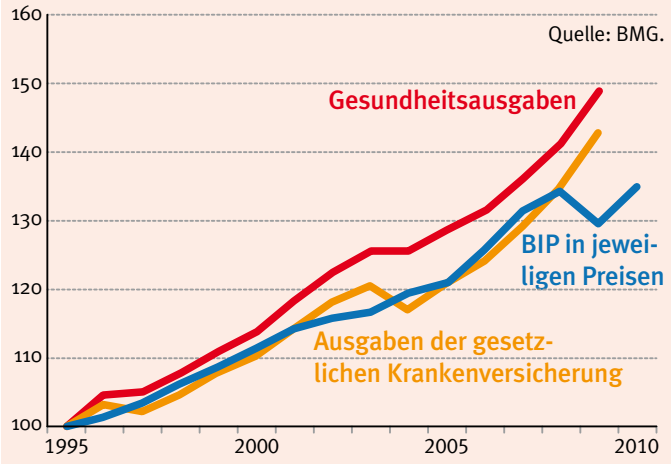
Hier wird deutlich, dass nicht nur innerhalb der Versicherten, sondern auch zwischen Versicherten und Arbeitgebern die Lasten ungleich verteilt sind. Ständig steigende Zuzahlungen, Streichungen von Leistungen (z. B. für Brillen, Zahnersatz), der Sonderbeitrag für Versicherte von 0,9 Prozent und der Zusatzbeitrag haben dazu geführt, dass die Finanzierungsanteile ein Verhältnis von etwa 60:40 erreicht haben. Die Abkehr vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung ist offensichtlich.

Probleme der GKV

- Gerechtigkeitsproblem
- Finanzierungsproblem
- Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblem

Die GKV hat ein Finanzierungsproblem: Die Ausgaben steigen schneller als die Einnahmen. Die Ursachen der Einnahmeschwäche: Beitragspflichtige Einkommen gehen aufgrund von Arbeitslosigkeit zurück, der Niedriglohnbereich wächst und die Löhne steigen nur gering. Gleichzeitig steigen jedoch die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhäuser und ärztliche Behandlung. Von einer Kostenexplosion im Gesundheitssystem kann jedoch nicht die Rede sein. Mit Ausnahme der vergangenen zwei Jahre (Finanzkrise, Honorarsteigerungen Ärzte) haben sich die Ausgaben ähnlich wie das Bruttoinlandprodukt entwickelt, sind also nicht übermäßig angestiegen. Das liegt aber nicht daran, dass Ärzte oder Krankenhäuser wirtschaftlicher gearbeitet hätten, sondern dass Leistungen gestrichen und ein Ausgabenanstieg gesetzlich gebremst wurde.

Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP in jeweiligen Preisen in Mrd. Euro (1995 = 100)



Ähnlich sind die Probleme in der Pflegeversicherung. Allerdings verschärft, weil die Pflegeversicherung von vornherein so angelegt wurde, dass sie die pflegerischen Leistungen nur zum Teil finanziert (Teilkasko-Charakter). Da die Geldbeträge für die Pflegestufen mehr als zehn Jahre lang nicht erhöht wurden, müssen die Pflegebedürftigen einen höheren Eigenanteil zahlen bzw. sind abhängig von Sozialhilfe. Die im Jahr 2008 beschlossene stufenweise Anhebung der Pflegeleistungen gleicht den Realwertverlust nicht aus. Hinzu kommt, dass Pflege auf körperliche Behinderung reduziert ist. Wer geistig oder psychisch beeinträchtigt ist und deshalb Pflege braucht, erhält nur eine geringfügige Leistung aus der Pflegeversicherung.

Die GKV hat zudem ein Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblem: Die zentralen Stichworte lauten Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie organisationsbedingte Mängel. Als Beispiele seien die doppelte Facharztstruktur (ambulante und stationäre Versorgung), unnötige Operationen, nicht oder zu spät erkannte Krankheiten oder teurer, aber nutzloser Technikeinsatz genannt. Im Bereich Orthopädie (z. B. Knie- und Hüftgelenke, Bandscheiben) wird in Deutschland doppelt so häufig operiert wie in Nachbarländern. Qualitätsmängel gibt es z. B. bei der Versorgung von Schmerzpatienten oder bei psychischen Erkrankungen. Ein Problem sind auch die Sektorengrenzen: Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser schotten sich gegeneinander ab und kooperieren kaum. Eine weitere Möglichkeiten zum Sparen gibt es bei den Arzneimitteln. Die GKV könnte acht Milliarden Euro im Jahr sparen, wenn immer das günstigte Medikamen verordnet würde und wenn die Preise auf britisches Niveau gesenkt würden (Arzneiverordnungsreport 2011). So sind die Patentarzneien in Deutschland etwa 65 Prozent teurer als in Großbritannien und Generika (wirkstoffgleiche Nachahmer-Medikamente) sogar 90 Prozent teurer. Doch bislang hat sich keine Bundesregierung getraut, der Pharmaindustrie hier einen Riegel vorzuschieben. Es geht demnach nicht darum, mehr Geld ins System zu geben, sondern die Versorgungsdefizite, Unwirtschaftlichkeiten und ineffiziente Strukturen abzubauen.

4 Reformbedarf der GKV

Das Gesundheitssystem ist eine Dauerbaustelle. Die bisherigen Reformen, die in den vergangenen Jahren immer zu Lasten der Versicherten gingen, haben kein einziges dieser Probleme gelöst. Die Regierungsparteien haben mit den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre (GKV-Modernisierungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) lediglich die Konkurrenz unter den Kassen angeheizt und das Solidarsystem der GKV beschädigt. Trotz einiger Verbesserungen wie z. B. dem erweiterten krankheitsbezogenen Finanzausgleich (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Morbi-RSA) unter den Kassen oder neue Versorgungsmodelle sind grundlegende Veränderungen notwendig.

Statt der erklärten Zielsetzung des Gesetzgebers, einen Wettbewerb um gute gesundheitliche Versorgung zu forcieren, sind eher negative Auswirkungen zu beobachten. Statt miteinander um eine gute Versorgung zu wetteifern, konkurrieren die Krankenkassen um die Gesunden und Gutverdienenden. Durch den Morbi-RSA bekommen Kassen mit vielen Kranken zwar mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds. Aber die Zuweisungen decken die Kosten für Kranke nicht ausreichend ab, so dass sich Risikoselektion für die Kassen immer noch lohnt. Wie das aktuelle Gutachten zum Morbi-RSA zeigt, bekommt die Kasse für Gesunde zuviel Geld aus dem Gesundheitsfonds, für schwer Kranke dagegen zu wenig. Gesunde oder besser verdienende Mitglieder sind für die Kasse demnach wirtschaftlich attraktiver als Kranke oder sozial Benachteiligte. Die Kassen tun viel dafür, Gesunde und Besserverdienende mit besonderen Angeboten (Wahltarife mit Beitragsrückzahlung, Prämie) zu sich zu locken. Sämtliche Aktivitäten für Vertrieb, Werbung oder Wahltarife mit Rückzahlung an Gesunde kosten viel Geld. Geld, das der gesundheitlichen Versorgung fehlt. Diese Strategie steht dem sozialen Auftrag einer Sozialversicherung entgegen.

§ 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs, SGB I, Allg. Teil
(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, (...)

Unter den gegebenen Bedingungen (Unwirtschaftlichkeiten im System, eingefrorener Beitragssatz für Arbeitgeber) wird das Gesundheitssystem bald nicht mehr finanzierbar sein. Wenn die Versicherten alle weiteren Kostensteigerungen in Form von Zusatzbeiträgen bezahlen sollen, ist klar, dass der Druck, die Leistungen der GKV zu kürzen, zunimmt.

Die IG Metall will die GKV erhalten und verbessern und macht sich für eine Bürgerversicherung stark. Die IG Metall will ein Solidarsystem für alle und damit die Finanzierungsbasis erweitern. Alle Bürgerinnen und Bürger, also auch Selbstständige, Beamte und Besserverdienende, sind schrittweise in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung einzubeziehen. Damit würden auch die bisher privat Versicherten Teil der Solidargemeinschaft. In einem ersten Schritt sollte die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (das etwa 1800 Euro höher ist) angehoben werden. Gutverdienende sollen ihrem Einkommen entsprechend höhere Beiträge abführen. Außerdem sollten auch andere Einkünfte als nur das Einkommen, etwa Kapitalerträge, berücksichtigt werden. Damit wäre es möglich, mehr Leistungen zu finanzieren oder die Beiträge zu senken. Die Sonder- und Zusatzbeiträge für Versicherte müssen rückgängig gemacht werden. Ziel ist eine echte paritätische

Finanzierung: Arbeitgeber sollten wieder die Hälfte der Kosten bezahlen. Der Finanzierungsanteil aus Steuermitteln für die GKV, der gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie z. B. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern abdeckt, muss verlässlich geregelt werden (siehe auch Entschließung 2 des IG Metall-Gewerkschaftstages 2011).

Bürgerversicherung – Ein Solidarsystem für alle

- Versicherungsschutz und Beitragspflicht für alle
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Verbreiterung der Beitragsbasis
- Reale Parität zwischen Kapital und Arbeit
- Beitragsergänzung durch geregelten Steueranteil
- Maßnahmen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die solidarische Bürgerversicherung ist gerecht. Mit ihr gelingt es, die Kranken – und Pflegeversicherung auch auf Dauer zu finanzieren. Um eine gute medizinische Versorgung zu sichern und die Mittel wirtschaftlich einzusetzen, ist es weiterhin notwendig, qualitätsgesicherte Behandlungsleitlinien zu beschließen, die ambulante und stationäre Behandlung besser zu verzahnen (Integrierte Versorgung) und die Arzneimittelpreise zu regulieren. Mit Blick auf die für alle behinderten, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen geltende UN-Behindertenrechtskonvention muss das Gesundheitssystem nicht nur stärker darauf achten, die Gesundheit zu erhalten, sondern auch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern (Prävention, Rehabilitation).



Nach diesem Überblick über die GKV und ihre Probleme stellt sich für gewerkschaftliche Selbstverwalter die Frage, wie sie ihre Handlungsmöglichkeiten nutzen können.

5 Selbstverständnis gewerkschaftlicher SelbstverwalterInnen

Gewerkschaftliche Selbstverwalter sind von der IG Metall bzw. dem DGB beauftragt. Die Gewerkschaft hat sie als Kandidatinnen und Kandidaten für den Verwaltungsrat ausgewählt und zur Wahl vorgeschlagen. Gewerkschaftliche Selbstverwalter stehen klar auf der Seite der Versicherten, d. h. der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Gewerkschaftliche Selbstverwalter setzen sich dafür ein, dass die Entscheidungen der Verwaltung so sozial, gerecht und lebensnah wie möglich ausfallen. In diesem Sinne kontrollieren sie auch, wie die Beiträge der Versicherten verwendet werden.

Orientierung bietet das gesundheitspolitische Leitbild der IG Metall, dass sich an vier Kernpunkten festmacht:

- Hochwertige bedarfsgerechte Versorgung für alle, die niemanden ausgrenzt;
- Solidarausgleich und gerechte Lastenverteilung (Bürgerversicherung);
- Effizienter und effektiver Mitteleinsatz;
- Demokratische Teilhabe der Versicherten am Gesundheitssystem.

Dieses Leitbild ist die Basis für alle Entscheidungen gewerkschaftlicher Selbstverwalter. Diesen Kurs konsequent durchzuhalten, ist in der Praxis jedoch häufig mit Konflikten verbunden, wenn Krankenkassen wie Wirtschaftsunternehmen agieren. Dies lässt sich am Beispiel von Selbstbehalttarifen deutlich machen: Wer außer Vorsorge keine Leistungen in Anspruch nimmt, also keinen Arzt besucht und nicht ins Krankenhaus geht, erhält eine Prämie. Laut gesetzlicher Vorgabe kann die Prämie bis zu 600 Euro, bei Kombitarifen bis zu 900 Euro im Jahr betragen. Das widerspricht jedoch dem Solidarausgleich, denn der basiert auf dem Prinzip, dass Gesunde mit ihren Beiträgen die Kranken mitfinanzieren. Viele Kassen nutzen diese Wahltarife, um Mitglieder zu halten oder zu gewinnen. Ziel jeder Kasse müsste sein, wegen guter Versorgung attraktiv zu sein und nicht wegen ihrer Prämien. Die Devise sollte lauten: Keine Wahltarife mit Auszahlungen an Gesunde, statt dessen mehr Prävention und bessere Versorgung.

Die IG Metall will die Selbstverwalter bei diesen oder ähnlichen Auseinandersetzungen unterstützen. Mit dem Arbeitskreis Gesundheitspolitik, dem Newsletter und der jährlichen Arbeitstagung für Selbstverwalter in der GKV ist es möglich, gesundheitspolitische Positionen zu erarbeiten und Strategien zu vereinbaren.

Bei ihrer Kandidatur haben Selbstverwalter der IG Metall den »Grundsätze(n) für die Auswahl und Aufstellung von Kandidatinnen und Kandidaten für die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Sozialversicherung im Zuständigkeitsbereich der IG Metall« zugestimmt. Damit haben sie sich bereit erklärt, an Qualifizierungen teilzunehmen, im Rahmen der sozialpolitischen Beschlusslage und Strategien der IG Metall zu handeln, ihre Kenntnisse aus der Selbstverwaltungstätigkeit in die Organisation einzubringen und die IG Metall bei systemrelevanten Entwicklungen und Entscheidungen einzubeziehen. (Die »Grundsätze« sind im Sozialwahlportal zu finden: www.igmetall.de/sozialwahl-2011)

Die IG Metall will die Kompetenz ihrer Selbstverwalter nutzen. Deshalb ist es wichtig, dass gewerkschaftliche Selbstverwalter auch über ihre Arbeit berichten, ebenso wie es Betriebsräte auf Delegiertenkonferenzen tun. Selbstverwalter informieren in den gewerkschaftlichen Gremien über aktuelle gesundheitspolitische Themen und

über die Aktivitäten des Verwaltungsrates. Je engagierter Selbstverwalter arbeiten, desto mehr kommt das wiederum der IG Metall zu Gute. Aktive Selbstverwalter helfen, das sozialpolitische Profil der IG Metall bei den Mitgliedern und in der Öffentlichkeit zu stärken und das Image der Selbstverwaltung insgesamt zu verbessern. Dies sind wichtige Voraussetzungen für eine höhere Wahlbeteiligung bei Urwahlen und für Stimmengewinne der IG Metall-Listen. Selbstverwalter, die bei den Mitgliedern bekannt sind und sich für sie einsetzen, leisten auch einen Beitrag zur Mitgliederbindung – sowohl an die IG Metall als auch an die Kasse.



6 Aufgaben und Arbeitsweise des Verwaltungsrats

Selbstverwaltung bedeutet, dass die Betroffenen im Rahmen der Gesetze, staatsfern und in eigener Verantwortung, die Gesundheitsversorgung der Bürger regeln. Die Selbstverwaltung organisiert sich mit einem hauptamtlichen Vorstand und dem ehrenamtlichen Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, der Vorstand ist für die Organisation und Führung der Krankenkasse verantwortlich. Da die Krankenkasse zugleich Pflegekasse ist, ist der Verwaltungsrat auch für die Pflegeversicherung zuständig.

Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV), Träger der Sozialversicherung, § 29 Rechtsstellung
(1) Die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung
(2) Die Selbstverwaltung wird (...) durch die Versicherten und die Arbeitgeber ausgeübt.
(3) Die Versicherungsträger erfüllen im Rahmen des Gesetzes (...) ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

In Kapitalgesellschaften entscheidet der Vorstand, der Aufsichtsrat kontrolliert. Bei der sozialen Selbstverwaltung ist das anders. Die Aufgaben der Verwaltungsräte reichen weiter: Verwaltungsräte sind der Souverän, der alle Fragen grundsätzlicher Bedeutung entscheidet. Ein Vorstand, der die Selbstverwaltung achtet und respektiert, wird sich um eine gute Zusammenarbeit bemühen. Ein Verwaltungsrat, der seine Aufgaben und Funktion kennt, wird sich seiner rechtlichen Stellung entsprechend allen Themen von grundsätzlicher Bedeutung widmen und im Einzelfall die Entscheidungshoheit vom Vorstand einfordern.

Aufgaben des Verwaltungsrats einer Krankenkasse

- Feststellung des vom Vorstand aufgestellten Haushalts der Kranken- sowie der Pflegekasse und damit Ausübung des Budgetrechts
- Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
- Beschluss der Satzung und Satzungsleistungen (z. B. Wahltarife, Haushaltshilfe)
- Wahl des Vorstands und Aushandlung seiner Vergütung
- Einsetzen von Ausschüssen, insbesondere Widerspruchsausschüsse
- Entscheidung über die strategische Ausrichtung der Kasse (Vision, Leitbild)
- Entscheidung über einen Zusatzbeitrag oder Prämie
- Initiativen für besondere Versorgungsformen und Modellvorhaben
- Entscheidung über eine Vereinigung mit einer anderen Kasse (Fusion)
- Beschlussfassung über die Entbindung vom Amt eines Selbstverwalters

Die Formulierung des § 197 Abs. 1 Satz 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V, wonach »der Verwaltungsrat alle Entscheidungen zu treffen (hat), die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind«, birgt im Alltag manchen Konfliktstoff. Es ist allerdings keine gute Idee, wenn sich der Verwaltungsrat auf Debatten einlässt, wie der Begriff »grundsätzliche Bedeutung« auszulegen ist. Gerade der unbestimmte Rechtsbegriff bietet ihm die Chance, alle Fragen zu entscheiden, die für ihn wesentlich sind. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber die Aufgabenaufzählung im § 197 SGB V mit dem Begriff »insbesondere« eingeleitet. Das heißt nichts anderes, als dass die Aufzählung nicht komplett ist.

§ 197 SGB V
(1) Der Verwaltungsrat hat insbesondere
(...)
1b. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind.

Einerseits wurden die Rechte der Selbstverwaltung staatlicherseits eingeschränkt, andererseits ist festzustellen, dass die Selbstverwaltung die bestehenden Handlungsmöglichkeiten häufig nur unzureichend ausschöpft. Der Verwaltungsrat hat zu beraten und zu entscheiden, ob und auf welche Weise er die Gesundheits- und Sozialpolitik der Kasse und die konkrete Ausgestaltung von Leistungen über seine rechtlichen Möglichkeiten tatsächlich gestalten und absichern – oder ob er den Vorgaben des Vorstands folgen und dessen Geschäftspolitik bestätigen will.

Nach geltendem Satzungs- und Haushaltsrecht kann der Verwaltungsrat

- Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Kasse entweder als ordnungsrechtliche Tatbestände oder im Rahmen der materiellen Rechtsausgestaltung in der Satzung konkretisieren;
- Die Grundsätze der Geschäftspolitik durch Bereitstellung oder Verweigerung der Mittel im Rahmen seines Haushaltsrechts durchsetzen;
- Die Einflussnahme auf die Vertragspolitik wie auch die Umsetzung der dazu beschlossenen politischen Grundsätze sowohl durch satzungsrechtliche als auch haushaltsrechtliche Maßnahmen gewährleisten.

(vgl. Harry Fuchs, »Aufgaben, Handlungsgrundlagen und -instrumente. Der Verwaltungsrat in der GKV nach der Selbstverwaltungsreform des GSG« in Soziale Sicherheit 7/1994, S. 249-253)

Der Kassenvorstand ist verpflichtet, der Selbstverwaltung alle nötigen Informationen zu geben und Sachverhalte so darzulegen, dass sie nachvollziehbar sind. Der Verwaltungsrat hat das Recht, sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einzusehen und zu prüfen. Zu Beginn der Amtsperiode wird der Vorstand die Selbstverwalter in ihr Ehrenamt einweisen und über die Aufgaben, Rechte und Pflichten sowie Entschädigungsregelungen informieren. Wichtig ist für Selbstverwalter der besondere Schutz, den das Gesetz für ehrenamtliche Tätigkeit vorsieht. Nach § 40 Abs. 2 SGB IV »(darf niemand) in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamtes behindert oder wegen der Übernahme oder Ausübung eines solchen Amtes benachteiligt werden«.

§ 40 SGB IV, Ehrenämter
(1) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie die Versichertenältesten und die Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds. Satz 2 gilt für Stellvertreter von Versichertenältesten und Vertrauenspersonen entsprechend.
(2) Niemand darf in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamtes behindert oder wegen der Übernahme oder Ausübung eines solchen Amtes benachteiligt werden.

In der Regel haben die Kassen ein Selbstverwaltungsbüro eingerichtet, deren Mitarbeiter die Versicherten- und Arbeitgebervertreter in der Selbstverwaltung unterstützen. Sie stehen für alle Fragen rund um die Selbstverwaltung zur Verfügung und stellen den Kontakt zu den Fachabteilungen her. Die Möglichkeit, auch außerhalb der Sitzungen Infor-

mationen einzuholen und Fragen zu klären, sollte intensiv genutzt werden.

Grundsätzlich sollte jedem Verwaltungsratsmitglied die Mitarbeit in einem Ausschuss ermöglicht werden. In den Ausschüssen finden die inhaltlichen Auseinandersetzungen statt, dort werden die Entscheidungen des Verwaltungsrates vorbereitet. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollen Fachausschüsse gebildet werden, damit die Selbstverwalter einen vertieften Einblick in die Aufgaben und das Handeln der Kassen erhalten. Wer dort nicht mitmacht, hat weniger Einfluss und kann im Verwaltungsrat nur auf Basis der Sitzungsunterlagen bzw. der Informationen aus Vorbesprechungen entscheiden. Je mehr Verwaltungsratsmitglieder sich in Ausschüssen beteiligen, desto besser können sie sich die Themen aufteilen und die Interessen der Versicherten vertreten.

Die Satzung regelt die Modalitäten für den Widerspruchsausschuss, das heißt wie viele Mitglieder vertreten sind, wie die Benennung erfolgt und welche Aufgaben sie haben. Für die Fachausschüsse ist Ähnliches in der Geschäftsordnung des Verwaltungsrats festgelegt. In der Geschäftsordnung kann auch das Recht verankert werden, zur Beratung von Fachthemen externe Sachverständige hinzuzuziehen. Das gilt für den Verwaltungsrat und seine Ausschüsse, ebenso für Vorbesprechungen.

Der Verwaltungsrat beruft außerdem die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse, die über abgelehnte Leistungsanträge bzw. Pflegeeinstufungen befinden und die Entscheidung der Verwaltung überprüfen.

Bevor im Gremium abgestimmt wird, tauschen sich die Vertreter der Versicherten zunächst in Vorbesprechungen



Beispiel einer Ausschussstruktur		
Ausschuss Grundsatzfragen, Organisation, Finanzen	**Ausschuss Gesundheit, Pflege**	**Ausschuss Markt**
Gesundheits-/sozialpolitische Positionen	Versorgungsmanagement	Vertrieb
Systementwicklungen in der Kassenart und der GKV	Selektivverträge, weitere Versorgungsprojekte	Werbekampagnen
Geschäftsordnungsfragen	Ambulante Versorgung, Ärzte/Zahnärzte	Kundenmanagement
Organisationsentwicklung	Stationäre Versorgung, KH-Finanzierung/-Versorgung	Markenstrategie
Haftungsfragen, Finanzhilfen	Betriebliche Gesundheitsförderung	Internet, Social Media
Finanzentwicklungen	Rehabilitation	Zusatzangebote und Wahltarife
Jahresrechnung, Haushaltsplanung	Fehlverhalten im Gesundheitswesen	Kooperationsvereinbarungen für Zusatzversicherungen
Informationstechnologie, Telematik, eGK	Patientenrechte	Gesundheitsförderung
Satzungsänderungen	Pflege	Selbstverwaltungsfragen in den Medien
	Satzungsänderungen	Satzungsänderungen

aus. Hier wird diskutiert, gestritten und nach einer gemeinsamen Lösung gesucht. Vorbesprechungen der Versichertengruppe bzw. der Gewerkschaftsfraktion sind unverzichtbar. Dies gilt ebenso für Klausuren der Versichertenvertreter, die regelmäßig zur Arbeitsplanung bzw. Vertiefung von Fachthemen stattfinden sollten.

In strittigen Fragen ist eine Abstimmung mit der Arbeitgeberseite erforderlich. Da beide Gruppen die gleiche Stimmenzahl haben, besteht die Gefahr einer Pattsituation, die den Verwaltungsrat blockieren kann. In diesen Fällen hat der Fachausschuss die Aufgabe, die jeweiligen Positionen zu konkretisieren, Kompromisse auszuloten und nach Möglichkeit einen Konsens zu finden. Bei übergreifenden Themen kann es sinnvoll sein, die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie der Fachausschüsse zu beauftragen, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten.

7 Selbstverwaltung braucht Versorgungsorientierung

Versicherte erwarten von ihrer Krankenkasse in erster Linie eine gute Versorgung und Unterstützung bei Krankheit bzw. Pflege. Sie wollen z. B. bei Arztbesuchen schnell einen Termin, eine gute Behandlung, sie wollen die vorgeschlagene Therapie erklärt bekommen und über Alternativen informiert werden. Selbstverwalter müssen sich für eine hochwertige, bedarfsgerechte und effiziente Versorgung einsetzen. Dem »guten Geld« der Versicherten muss gute Leistung folgen.

So können Selbstverwalter initiativ werden:

- Die Verwaltung beauftragen, Defizite in der medizinischen Versorgung aufzudecken (z. B. Wartezeiten bei Fachärzten; Unter- und Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen);
- Die Verwaltung beauftragen, Lösungsvorschläge zu entwickeln;
- Überprüfen, ob die getroffenen Maßnahmen konkrete Verbesserungen gebracht haben.

Die Selbstverwaltung sollte sich kontinuierlich berichten lassen, ob es in einzelnen Regionen oder für bestimmte Patientengruppen, etwa Schmerzpatienten, Versorgungsprobleme gibt und was die Kasse dagegen unternimmt. Nach einer gewissen Zeit sollte eine Analyse vorgelegt werden, um überprüfen zu können, ob die Versorgungsmodelle tatsächlich funktionieren.

Den Kassen stehen Instrumente zur Verfügung, auf das Versorgungsgeschehen Einfluss zu nehmen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Der Gesetzgeber hat der Krankenkasse die Möglichkeit eröffnet, die kollektivvertraglich gesteuerte Regelversorgung durch Selektivverträge (kassenindividuelle Verträge) zu ersetzen bzw. zu ergänzen. Er hat die

Neue Versorgungsformen (§ 53 Abs. 3 SGB V). Ziel: Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern	
Versorgungsform	**Darauf sollten Selbstverwalter achten**
Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke ermöglichen eine systematische, vorausschauende und qualitätsgesicherte Behandlung (Disease-Management-Programme, DMP), SGB V § 137f. Die Zulassung der DMP muss beim Bundesversicherungsamt beantragt werden. Die Kassen können den Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, einen Bonus zahlen.	Die Kasse bekommt für die Umsetzung der DMP eine Pauschale aus dem Gesundheitsfonds. Wie viel gibt sie tatsächlich aus und wie viel investiert sie in versichertenbezogene Prozesse? DMP verbessern die Basisversorgung. Welche zusätzlichen Angebote einer intensiveren Begleitung der Patienten gibt es?
Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), SGB V § 73b, soll die Stellung des Hausarztes als »Lotse im System« stärken. Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, HZV anzubieten. Vorteile für Patienten sind z. B. Abendsprechstunden, kürzere Wartezeiten, bessere Koordinierung mit Fachärzten.	Wie profitieren die Patienten? Oder bekommen die Hausärzte einfach nur mehr Geld? Wie wird die Versorgungsqualität gesichert? Wird Prävention gefördert?
Integrierte Versorgung (IV), SGB V § 140a-d, soll Probleme beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Pflege) lösen und eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ermöglichen.	Enthält der IV-Vertrag wirklich neue Elemente der Versorgung, oder gibt es die Zusammenarbeit schon länger? Welche Ziele werden gesetzt, nützen sie den Patienten, wird überprüft, ob die Ziele erreicht werden?

Spielräume der Krankenkassen im Vertrags- und Leistungswesen in den vergangenen Jahren schrittweise erweitert. Ziel ist die Erprobung neuer Versorgungsmodelle, die zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit führen sollen. Krankenkassen dürfen nun spezielle Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern, etwa Fachärzten oder Kliniken vereinbaren.

Versorgungsorientierung bedeutet, dass sich die Selbstverwalter mit dem Versorgungsgeschehen ihrer Kasse auseinandersetzen und ein innovatives Versorgungsmanagement einfordern. Das könnten beispielsweise Disease-Management-Programme (DMP) mit zusätzlicher Patientenbegleitung sein, Hausarztmodelle in Verbindung mit Facharztverträgen, neue Versorgungsmodelle z. B. bei psychischen Erkrankungen, Angebote zur ärztlichen Zweitmeinung, Anschluss-Reha für ältere Schlaganfallpatienten und vieles mehr. DMP gibt es zurzeit für sechs chronische Erkrankungen: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

Selbstverwalter müssen aber nicht in die Tiefen der Verträge eintauchen. Das ist Aufgabe des Hauptamtes. Die Selbstverwaltung muss vielmehr die Vertragspolitik der Kasse kontrollieren. Und die hat sich an Bedarfsgerechtigkeit zu orientieren (bekommt jeder Patient, was medizinisch notwendig ist), an Barrierefreiheit (hat jeder Zugang), an Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Allgemeine Anforderungen an neue Versorgungsformen

- Patientenrelevante Ziele setzen, d. h. der Gesundheitszustand der Patienten, die teilnehmen, muss sich spürbar verbessern;
- Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) berücksichtigen;
- Schnittstelle zu Rehabilitation bzw. Pflege regeln, Unterstützung für Teilnehmer vereinbaren.

Unter- und Fehlversorgung abbauen

- Maßnahmen treffen, um Unterversorgung abzubauen, z. B. im Bereich von Demenz, Rheuma, psychischen Erkrankungen;
- Maßnahmen treffen, um Fehlversorgung zu entdecken (Datenanalyse);
- Erkenntnisse über die Versorgungsqualität an Versicherte weitergeben.

Es ist wichtig, dass die Qualität der Versorgung ständig überprüft wird. Nicht zuletzt durch den Gesundheitsfonds besteht für die Kasse auch ein ökonomischer Anreiz, die Versorgung zu verbessern.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds erhalten die Kassen ihre Gelder nicht mehr direkt von ihren Mitgliedern, sondern aus dem Gesamttopf aus Beiträgen und Steuern. Wie viel Geld eine Kasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, richtet sich insbesondere nach der Morbidität (Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe) der Versicherten. Wenn die Mittel nicht ausreichen und Rücklagen fehlen, muss die Kasse Zusatzbeiträge erheben. Dies wird sie versuchen zu vermeiden. Denn jeder Zusatzbeitrag führt dazu, dass Versicherte die Mitgliedschaft kündigen und die Kasse wechseln.

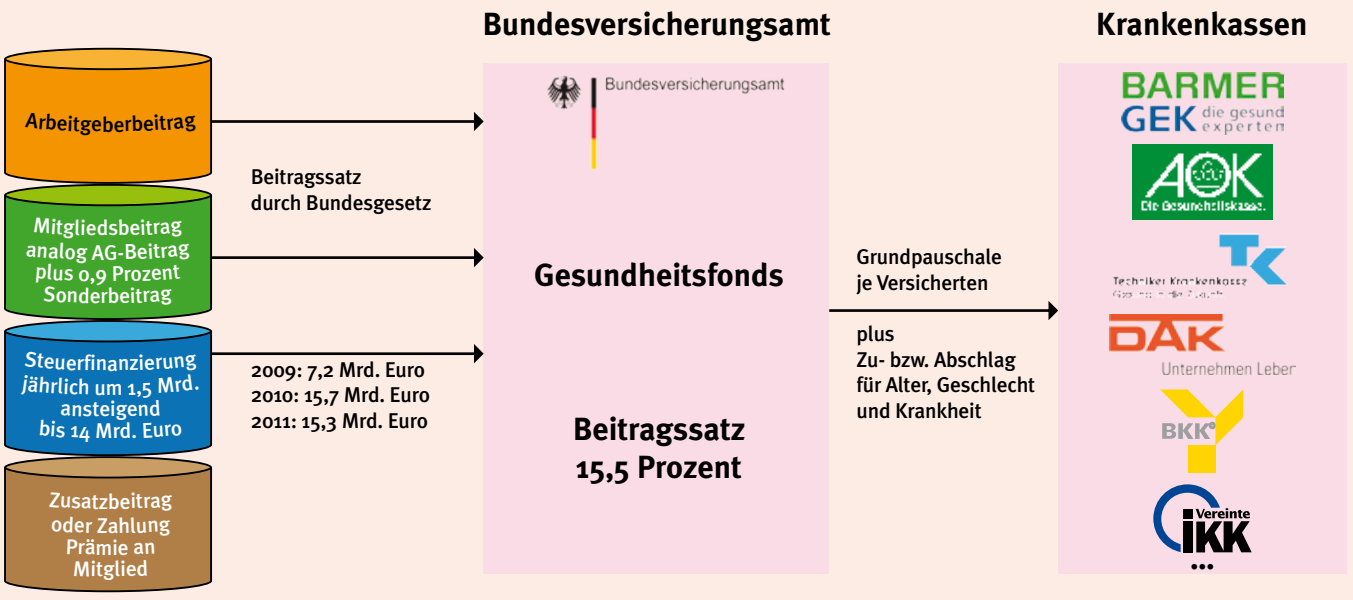
Nur wenn die Versorgung der Versicherten bedarfsgerecht, zielgenau und effizient organisiert wird, können Zusatzbeiträge vermieden werden. (Voraussetzung ist selbstverständlich, dass der

Gesundheitsfonds über genügend Geld verfügt und die Zuweisungen an die Kassen ausreichen.) Das ist allerdings leichter gesagt als getan. Neue Versorgungsmodelle erfordern neue Kompetenzen bei der Kasse und eine mittelfristige Planung, da die Projekte auf mehrere Jahre angelegt sein sollten. Zum anderen erfordern sie Investitionen, die bei prekärer Finanzsituation einer Kasse oftmals unterbleiben. Wenn das Geld knapp ist, werden sogar Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, eingeschränkt oder reduziert (z. B. Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Hilfsmittel zur Förderung der Teilhabe chronisch Kranker oder Behinderter), um damit Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Versorgungsorientierung bedeutet allerdings nicht, dass Selbstverwalter immer nur umsetzen, was sich die Versicherten wünschen. Eine medizinische Therapie oder Arzneimittel, die die Solidargemeinschaft bezahlt, müssen einen wissenschaftlich belegten medizinischen Nutzen haben (evidenzbasierte Medizin).

Für eine gute Versorgung ist nicht zuletzt das Arzt-Patientenverhältnis maßgeblich. In der Regel verfügt der Arzt über sehr viel mehr Informationen als der Patient. Ziel der Selbstverwaltung muss es sein, Patienten im Umgang mit dem Medizinbetrieb zu stärken und das Informationsdefizit zu verkleinern. Dazu braucht die Selbstverwaltung einen engen Kontakt zu Versicherten und Patienten.

Der Gesundheitsfonds, Herzstück des GKV-Systems



8 Selbstverwaltung braucht Versichertennähe

Versichertenorientierte Interessenvertretung funktioniert nur, wenn die Selbstverwalter nah dran sind an den Versicherten. Daher legt die IG Metall Wert darauf, dass insbesondere betriebliche Funktionsträger und gewerkschaftliche Vertrauensleute aus den Wohn- oder Arbeitsbereichen in der Selbstverwaltung aktiv werden. Je größer die Nähe zur Lebens- und Arbeitssituation der Arbeitnehmer, umso besser kennen sie deren Probleme und können praxisnahe Lösungen finden.

Die Konzentration bei den Krankenkassen führt allerdings dazu, dass es immer weniger Selbstverwalter gibt. Darunter leidet die Nähe zu den Versicherten. Aktuell vertreten etwa 2 000 Versichertenvertreter in ca. 150 Krankenkassen rund 70 Millionen Versicherte. Künftig werden es noch weniger sein, da bei jeder Kassenfusion Selbstverwalter ausscheiden. Selbstverwalter müssen schon jetzt etwas dafür tun, dass die Nähe zu den Versicherten erhalten bleibt.

Die Einflussnahme auf gesundheitliche Versorgung erfordert eine Kenntnis der regionalen Versorgungssituation. Für Selbstverwalter in immer größeren und vor allem bundesweiten Kassen wird es aber schwieriger, einen solchen regionalen Gestaltungsauftrag wahrzunehmen. Auch aus diesem Grund ist eine regionale Verankerung der Selbstverwaltung erforderlich.

Als Patienten sind die Versicherten nicht mehr nur Objekt medizinischer Leistungen, sie sind vielmehr selbst in den Behandlungsverlauf einbezogen. Somit sind sie in zweifacher Hinsicht Ansprechpartner für Selbstverwalter: Zum einen bietet ihnen die Kasse Unterstützung und Beratung an, zum anderen bündeln sich bei Patienten Kompetenzen. Patienten sind heute informierter als früher, sie organisieren sich in Selbsthilfegruppen, sie verfügen über Erfahrungen mit Ärzten und Kliniken. Dieses Wissen ist für eine bessere Versorgung von großer Bedeutung. Versorgungsorientierung von Selbstverwaltung bedeutet, dass diese Kompetenz nutzbar gemacht wird. Dies kann nur geschehen, wenn Selbstverwaltung eine regionale versichertennahe Verankerung hat.

Versichertennähe durch regionale Beiräte

Regional- oder Landesbeiräte sind ein gutes Beispiel, um nah dran zu sein an den Versicherten. Diese Beiräte gibt es in einigen Kassen als »Überbleibsel« aus Fusionen. Regionale Beiräte, von Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzt, können die Selbstverwaltung beraten und auf die regionale Versorgung einwirken.

Die regionale Versorgung ist zum Beispiel auch für die Bundesländer interessant, sie wollen z. B. bei der Bedarfsplanung (Verfahren zur Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl von Ärzten) stärker mitreden. Regional verankerte Krankenkassen können Partner der Landespolitik sein und die regionale Versorgung unter qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Aspekten beeinflussen. Sie könnten beispielsweise fordern, dass es mehr Therapieplätze für psychisch Kranke gibt und die langen Wartezeiten verkürzt werden. Ob es darum geht, landespolitische Gesundheitsziele festzulegen, bei regionalen Gesundheitskonferenzen beteiligt zu sein oder eine neue Versorgung aufzubauen – die Selbstverwalter sollten sich auch hier einschalten.

Entscheidet sich eine Krankenkasse für Beiräte, ist darauf zu achten, dass Beiräte nicht bloß Berater sind, sondern in (regionalen) Widerspruchsausschüssen vertreten sind und mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zusammenar-

beiten. Welche Kompetenzen die regionalen Beiräte haben und welche der Verwaltungsrat, dass muss geklärt und klar voneinander getrennt sein. Der Verwaltungsrat trägt die rechtliche Verantwortung für die Kasse.

Versichertennähe durch ein Netz von Versichertenberatern

Aus der Rentenversicherung kennen wir ehrenamtliche Versichertenälteste bzw. Versichertenberater. Sie beraten und betreuen die Versicherten ortsnah bei Fragen zur Rentenversicherung. Das SGB IV sieht vor, dass auch bei Krankenkassen Versichertenälteste gewählt werden können.

Die Rechtsgrundlage für Versichertenälteste ist im SGB IV geregelt. Dort heißt es

§ 39 Versichertenälteste und Vertrauenspersonen
(1) Bei den Trägern der Rentenversicherung wählt die Vertreterversammlung Versichertenälteste.
(2) Die Satzung kann bestimmen, dass
(...)
2. auch bei anderen Versicherungsträgern die Vertreterversammlung Versichertenälteste wählt,
(...)
(3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung des Versicherungsträgers mit den Versicherten und den Leistungsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Die Satzung bestimmt das Nähere.

In einigen Krankenkassen haben die Selbstverwaltungen eine Versichertenberaterstruktur in Betrieben bzw. vor Ort aufgebaut. Die ehemalige Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat beispielsweise ein Netz von Vertrauenspersonen etabliert. Die Barmer GEK hat diese Regelung in ihre Satzung übernommen und baut somit eine Brücke zwischen Kasse und Versicherten.

Versichertenberater werden ausschließlich von den Organisationen vorgeschlagen, die bei der Sozialwahl mit einer Liste angetreten sind. Die Arbeit der Versichertenberater ist durch die Sozialwahl demokratisch legitimiert und unterstützt das Prinzip der Selbstverwaltung auf örtlicher oder betrieblicher Ebene. Versichertenberater arbeiten ehrenamtlich. Sie bekommen aber z. B. Telefonkosten oder Fahrtkosten erstattet.

Versichertenberater verstehen sich als Bindeglied zwischen den Versichertenvertretern im Verwaltungsrat und den Versicherten in den Betrieben. Sie informieren Versicherte über ihre Rechte gegenüber Ärzten und Kassen und tragen dazu bei, die Patientenautonomie der Versicherten zu stärken. Zudem erhalten sie einen Überblick über die regionale Versorgung und bekommen Informationen zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Mit diesem Wissen können sie besser beraten und ihre Informationen in die Selbstverwaltung einbringen.

Es ist zudem Aufgabe von Versichertenberatern, Versicherte zu informieren, auf welche Leistungen ihrer Krankenkasse sie Anspruch haben. Sind sie im Betrieb verankert, fragen die Beschäftigten sie zu vielen Themen rund um die Krankenkasse. Insbesondere Betriebs- und Personalräte sollten als Versichertenberater gewonnen werden, um eine enge Verbindung zwischen Betrieben und Krankenkasse zu schaffen. Auch ehemalige aktive Selbstverwalter, deren Mandat durch Fusion oder nach Sozialwahlen weggefallen ist, sind als Versichertenberater geeignet.

Es entsteht eine Win-Win-Situation: Für die Gewerkschaften bzw. Listenträger, deren Funktionäre sich Anerkennung durch gute Beratung verschaffen, und für die Krankenkasse, die bei gesundheitlichen Problemen schneller einbezogen wird und in Zusammenarbeit mit den Versichertenberatern Lösungswege vorschlagen kann. Versichertenberater sind interessiert an Gesundheitspolitik und somit kompetente Diskussionspartner bei sozialpolitischen Debatten. Sie machen die IG Metall kampagnefähiger und die Selbstverwaltung stärker.

Themen und Aufgaben der Versichertenberater

- Leistungsansprüche und Hilfe bei deren Vermittlung, z. B. einer Vorsorge-, Reha- oder Kinderkur
- Besondere Angebote der Kasse, z. B. betriebliche Gesundheitsförderung, Unterstützung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, Gesundheitskurse, Behandlungsprogramme
- Leistungen bei Naturheilverfahren oder alternativen Behandlungsmethoden
- Härtefallregelungen und Befreiung von Zuzahlungen
- Unterstützung bei Eintritt eines Pflegefalles in der Familie, Hilfen für pflegende Angehörige
- Beratende Begleitung bei schwierigen Krankheitsverläufen (Fragen der Arztwahl, Terminplanung, ärztliche Zweitmeinung bei Operationen, Unterstützung durch sozialen Dienst der Krankenkasse, Unzufriedenheit mit Krankheitsverlauf, Vermutung eines Behandlungsfehlers)
- Beschwerden (z. B. gegen die Kasse, einen Arzt, ein Krankenhaus)
- Fragen der aktuellen Gesundheitspolitik, der Selbstverwaltung und Einflussmöglichkeiten der Versicherten
- Sozialpolitische Kampagnen der Gewerkschaften

Versichertenberater sollen sich den Anliegen der Versicherten zugewandt und engagiert widmen. Sie sind jedoch lediglich Vermittler. Die erforderlichen Schritte müssen – allein aus Haftungsgründen – die Mitarbeiter der Kasse erledigen.

Zwischen Geschäftsstelle und Versichertenberatern sollte ein enger Kontakt bestehen. Versichertenberater erhalten alle Medien, die eine Krankenkasse für ihre Öffentlichkeitsarbeit einsetzt, ebenso die Selbstverwaltungsinformationen. Damit sie immer auf dem Laufenden sind und ihre Erfahrungen austauschen können, empfiehlt es sich, die Versichertenberater zu regionalen Tagungen einzuladen.

Versichertennähe durch Begleitung der Widerspruchsausschüsse

Versichertennähe macht sich zudem daran fest, wie die Arbeit der Widerspruchsausschüsse ausgewertet wird. Es ist das Recht jedes Versicherten, gegen Entscheidungen der Krankenkasse Widerspruch einzulegen. Die paritätisch besetzten Widerspruchsausschüsse befinden über die Entscheidung der Verwaltung. Entweder akzeptieren sie die Ablehnung der Leistung und eröffnen dem Versicherten somit den Klageweg, oder sie halten das Anliegen des Versicherten für berechtigt und votieren für die Bewilligung.

Vieles spricht dafür, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Zahl der Widersprüche und der Art der Leistungsgewährung besteht. Die Widersprüche geben wichtige Hinweise, welche Probleme die Versicherten haben und wie die Verwaltung verbessert werden kann. Erkenntnisse aus der Arbeit der Widerspruchsausschüsse sind deshalb für die Versichertenvertreter unverzichtbar.

Widerspruchsentscheidungen werden von den Versicherten eher akzeptiert, wenn die Ausschüsse regional angesiedelt bzw. verankert sind. Regionale Beiräte könnten z. B. die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse vorschlagen und sich regelmäßig über deren Arbeit berichten lassen.

Versichertennähe durch Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

Selbsthilfe- und Patientenorganisationen spielen eine immer größere Rolle. Patientenvertreter gehören mit beratender Stimme dem G-BA an und nehmen an regionalen Gesundheitskonferenzen teil. Selbstverwalter haben jedoch häufig Vorbehalte gegenüber Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, weil sie ihr spezielles Anliegen einseitig vertreten oder weil sie sich von der Pharmaindustrie (auch finanziell) unterstützen lassen und damit nicht unabhängig sind. Dennoch sind sie besonders für chronisch Kranke wichtig. Statt darum zu konkurrieren, wer die Patienten besser vertritt, ist es sinnvoller, zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen.

Die Selbstverwaltung sollte auch deshalb mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zusammenarbeiten, weil sie tagtäglich erfahren, wie es um ihre medizinische Versorgung bestellt ist, wo es Defizite gibt und welche Veränderungen notwendig sind. Und sie können »Schlüssel zum Patienten« sein, z. B. bezüglich der Teilnahme an Behandlungsprogrammen oder Versorgungsmodellen.

Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sind häufig regional tätig. Eine erfolgreiche Kooperation zwischen Selbsthilfe und Selbstverwaltung gelingt somit am ehesten ebenfalls in den Regionen. Eine Selbstverwaltung, die nur zentral auftritt, schließt sich von einer solchen Zusammenarbeit weitgehend aus. Gleiches gilt für die Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) oder für Patientenfürsprecher in Kliniken.



9 Selbstverwaltung braucht Transparenz

Selbstverwaltung kann die Interessen der Versicherten umso wirksamer vertreten, je stärker ihr Rückhalt in der Versichertengemeinschaft ist. Zugleich zeigen die geringe Beteiligung an den Sozialwahlen als auch Umfragen, dass viele Versicherte nicht wissen, dass es eine Selbstverwaltung gibt und was sie tut. Umso wichtiger ist es, dass Selbstverwalter informieren, präsent sind und sich in gesundheitspolitische Debatten einmischen.

Bei einigen Kassen grenzt es an Detektivarbeit, will man herausfinden, wer in der Selbstverwaltung vertreten ist. Im Internetauftritt der Kasse werden oftmals nur die alternierenden Vorsitzenden namentlich genannt und mit Foto präsentiert. Die weiteren Verwaltungsratsmitglieder sind schwieriger aufzufinden, Angaben zur Listenzugehörigkeit fehlen meist. Und nur selten kann man direkt Kontakt aufnehmen.

Es muss selbstverständlich sein, dass sich die Selbstverwaltung in den Print- und elektronischen Medien der Kasse präsentiert. Mindestanforderung ist die Selbstdarstellung des Verwaltungsrates, seiner Mitglieder, der Ausschüsse und Tätigkeitsschwerpunkte. Wünschenswert wäre, regelmäßig über die Arbeit und Initiativen der Selbstverwaltung zu berichten. Auch die IG Metall-Verwaltungsstelle sollte ihre Selbstverwalter über den Internetauftritt (Beispiel IG Metall Augsburg, www.igmetall-augsburg.de/wir/selbstverwaltung.krankenkasse.html) und die Regionalseite der metallzeitung bekannt machen.

Mehr Transparenz – das gilt nicht nur für die Selbstverwaltung der Kasse, sondern auch für die Listenträger und die Politik. Nicht nur im Vorfeld der Sozialwahlen, sondern kontinuierlich sollte die Rolle der sozialen Selbstverwaltung bei sozialpolitischen Themen hervorgehoben werden.

10 Materialien und Informationsquellen

In der Regel stellt die Kasse den Selbstverwaltern Material zur Verfügung. Dazu zählen

- Kassenspezifische Handlungsgrundlagen (mit Satzung, Geschäftsordnung, Ausschussbesetzung, Entschädigungsregelungen usw.)
- SGB Sozialgesetzbuch (Verlag CW Haarfeld)
- SGB IV. Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (Text und Erläuterungen), Hg. Deutsche Rentenversicherung, 19. Auflage (1/2011)
- Pressespiegel zur Gesundheitspolitik
- Abo der Zeitschrift »Soziale Sicherheit«, Hg. DGB, Bund-Verlag, 11 Ausgaben/Jahr
- Abo der Zeitschrift »Soziale Selbstverwaltung«, Hg. BDA, Heider Verlag, zwölf Ausgaben im Jahr
- Jährlich erscheinende Buchveröffentlichungen wie z. B. Versorgungs-Report (WIdO), Fehlzeiten-Report (WIdO und Uni Bielefeld), Arzneiverordnungs-Report (Schwabe/Paffrath), Pflegereport (Barmer GEK).

Broschüren der IG Metall

- Fusionen gesetzlicher Krankenkassen, Arbeitshilfe für gewerkschaftliche Selbstverwalter/innen in der GKV, 2009
- Aktiv im Interesse der Versicherten! Gute Leistungen, gerecht finanziert, 2010. Informationen für Kandidatinnen und Kandidaten zur Sozialwahl 2011

Transparenz

- www.sbk.org/ueber-uns/unternehmen/verwaltungsrat/versichertenvertreter.html

Weitere Informationsquellen zu gesundheits- und pflegepolitischen Themen

- Sozial- und gesundheitspolitische Positionen der IG Metall und des DGB
- »Lerntour« (E-Learning) »Gesundheitspolitik« und »Pflegeversicherung« der Bundeszentrale für politische Bildung, www.bpb.de ⇢ Themen ⇢ Innenpolitik ⇢ Gesundheitspolitik
- Forum Gesundheitspolitik. Argumente und Fakten für eine soziale Gesundheitspolitik, www.forum-gesundheitspolitik.de
- Informationsportal zur Sozialpolitik der Uni Duisburg Essen/IAQ, www.sozialpolitik-aktuell.de
- Informationsportal des Kooperationsverbunds »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Informationen des Bundesgesundheitsministeriums (Krankenversicherung, Gesundheitssystem, Prävention, Pflege, Statistik), siehe www.bmg.bund.de
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
- Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, www.bundestag.de ⇢ Der Bundestag ⇢ Ausschüsse ⇢ Gesundheit

Ansprechpartnerinnen bei der IG Metall

Angelika Beier – 069 / 66 93 27 19
angelika.beier@igmetall.de und
Agnes Stoffels – 069 / 66 93 24 25
agnes.stoffels@igmetall.de.

Raum für Notizen

www.sozialesicherheit.de

Wo Sie »Soziale Sicherheit« lesen, ist uns egal. Hauptsache, Sie tun es.



»Soziale Sicherheit«, die führende monatliche Fachzeitschrift für Arbeit und Soziales

- berichtet über das Neueste zu **Sozialgesetzen**, zur **Sozial- und Arbeitsmarktpolitik**
- bietet Hintergrundinformationen, Analysen, Diskussionsbeiträge und Kommentare zur **Zukunft der Sozialsysteme**
- bewertet umfassend und sachkundig aktuelle **Urteile der Sozialgerichte**
- liefert Informationen aus den **Gremien der Selbstverwaltung** und
- versorgt Sie durch den Informationsdienst **»SoSi*plus*«** kurz und kompakt mit aktuellen Fakten, Urteilen, Praxishinweisen und wichtigen Terminen

Zu beziehen über den gut sortierten Fachbuchhandel oder direkt beim Verlag unter: abodienste@bund-verlag.de

BUND VERLAG

Bund-Verlag GmbH
Leserservice
Postfach
60424 Frankfurt
Service-Telefon:
0 69 / 79 50 10-96
Fax:
0 69 / 79 50 10-12
Internet:
www.bund-verlag.de
E-Mail:
abodienste@bund-verlag.de

Arbeitshilfe für gewerkschaftliche Selbstverwalter/innen in der GKV



Fusionen gesetzlicher Krankenkassen

Download der Arbeithilfe über das Extranet der IG Metall
Praxis Selbstverwaltung

igmetall.de