

C. Soziale Selbstverwaltung

I. Gründung des Spitzenverbandes „Bund der Krankenkassen“

Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ – Vorgeschichte – Wahlen – Aufgaben

1. Die Errichtung im Zeitablauf

12.7.2006

Das Bundeskabinett beschließt Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006. Die Eckpunkte sehen vor, dass alle Krankenkassen einen gemeinsamen Spitzenverband auf Bundesebene bilden sollen, der die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Ärzten und Krankenhäusern vertreten und für wettbewerbsneutrale Aufgaben der GKV auf der Bundesebene zuständig sein soll. Zugleich sollen die bestehenden Spitzenverbände der Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben verlieren.

27.10.2006

Am 27.10.2006 wird der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) als Fraktionsentwurf von CDU/CSU und SPD in den Deutschen Bundestag eingebracht. Zur Beschleunigung des Gesetzgebungsverfahrens wird dem Bundesrat eine gleichlautende Regierungsvorlage zugeleitet. Damit beginnen in beiden Häusern kontroverse und langwierige Beratungen in den Ausschüssen. Allein im Gesundheitsausschuss des Bundestages werden von den Fraktionen über 200 Änderungsanträge eingebracht.

16.2.2007

Das am 2.2.2007 im Bundestag in 2. und 3. Lesung verabschiedete zustimmungspflichtige GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz passiert am 16.2.2007 ohne Änderungen den Bundesrat. Vorbehaltlich der Prüfung des Gesetzes durch den Bundespräsidenten steht damit fest, dass die Regelungen zur Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 1.4.2007 in Kraft treten (§§ 217a ff. SGB V). Die Regelungen sehen u.a. vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen für den Aufbau des neuen kassenartenübergreifenden Spitzenverbandes bis zum 30.4.2007 einen Errichtungsbeauftragten zu bestellen haben, der den Spitzenverband bei der Organisation der Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie der Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstands unterstützt.

20.2.2007

Wegen des erheblichen Zeitdrucks bestellt die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen bereits am 20.2.2007 einstimmig den früheren Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Klaus Kirschner, mit Wirkung ab 1.4.2007 zum Errichtungsbeauftragten. Ziel ist es, den Aufbau des neuen Spitzenverbandes bis zum 30.6.2007 ohne Reibungsverluste zügig voranzutreiben. Zudem stellt die Arbeitsgemeinschaft dem Errichtungsbeauftragten den Rechtsanwalt Werner Nicolay als juristischen Berater zur Seite.

Zur Begleitung des Errichtungsprozesses bildet die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich einen Errichtungsbeirat, der den Informationsfluss von und zu

den Krankenkassen sicherstellt. Zudem werden dem Errichtungsbeauftragten von den Spitzenverbänden die notwendigen Büroräume und qualifiziertes Personal zur Verfügung gestellt.

27.4.2007

Das Bundesministerium für Gesundheit lädt die Krankenkassen zur ersten Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund am 21.5.2007 in Berlin ein.

3.5.2007

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht im Bundesanzeiger die Wahlordnung für den Spitzenverband Bund.

15.5.2007

Der Errichtungsbeauftragte stimmt mit dem Errichtungsbeirat den Entwurf einer Satzung für den Spitzenverband Bund sowie Entwürfe für Geschäftsordnungen der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrats des Spitzenverbandes ab.

21.5.2007

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen konstituiert sich. Die ehrenamtlichen Vertreter aller Krankenkassen bilden die erste Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, beschließen eine Geschäftsordnung, wählen anschließend eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden nebst Stellvertreter/-in sowie den 41-köpfigen Verwaltungsrat des Spitzenverbandes.

1.7.2007

Laut gesetzlicher Vorgabe ist der Vorstand des Spitzenverbandes Bund bis zum 30.6.2007 zu wählen. Diesem Auftrag wird der gewählte Verwaltungsrat im Juni 2007 nachkommen. Zuvor wird er sich eine Geschäftsordnung geben und eine Satzung beschließen. Der gewählte Vorstand wird dann die Geschäfte vom Errichtungsbeauftragten übernehmen und den Aufbau des Spitzenverbandes vorantreiben.

1.7.2008

Der Spitzenverband Bund hat die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erfüllen.

2. Konstituierung und Wahlergebnisse

a) Konstituierung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat sich erfolgreich konstituiert. Die rund 500 Versicherten- und Arbeitgebervertreter aller 241 gesetzlichen Krankenkassen haben ihre Vertreter in den Verwaltungsrat gewählt. Der Verwaltungsrat besteht aus 41 Mitgliedern, die jeweils dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören müssen. Gewählt wurden sie nach Vorschlägen der Kassen entsprechend der folgenden Sitzverteilung:

- jeweils 7 Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Allgemeinen Ortskrankenkassen,
- 13 Versichertenvertreter der Ersatzkassen (hier gibt es keine Arbeitgebervertreter),
- je 4 Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Betriebskrankenkassen,

- je 2 Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Innungskrankenkassen
- je ein gemeinsamer Versicherten- und Arbeitgebervertreter von See-Krankenkasse, Knappschaft und Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Die Sitzverteilung orientiert sich an den Marktanteilen (Anzahl der Versicherten) der verschiedenen Kassenarten. Der Verwaltungsrat trifft insbesondere die strategischen Entscheidungen für den Spitzenverband Bund. Er beschließt u. a. die Satzung, trifft gesundheits- und sozialpolitische Grundsatzentscheidungen und definiert die Ziele und Strategien für Vertragsverhandlungen und die Einführung der Telematik im Gesundheitswesen. Er stellt den Haushalt auf und wählt und entlastet den Vorstand.

Mit der Konstituierung der Mitgliederversammlung haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ihren gesetzlichen Auftrag zur Errichtung des Spitzenverbandes Bund erfolgreich umgesetzt.

Im Nachfolgenden dokumentieren wir die Ergebnisse der Wahl des Verwaltungsrats, die in Berlin stattfand.

b) Wahlergebnisse

Wahl der ordentlichen Mitglieder des Verwaltungsrates

Wahl 1.1: AOK – Versichertenvertreter
Ergebnisse 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen:	174	Stimmanteile Enthaltungen:	2.201.029
Stimmanteile gesamt:	89.484.483		
Enthaltungen:	38		

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Beier, Angelika	AOK HE	83.670.998	93,5
2	Güner, Günter	AOK BW	83.922.124	93,8
3	Jockel, Heidlind	AOK BB	83.267.745	93,1
4	Kloppich, Iris	AOK SN	82.495.028	92,2
5	Schmidt, Andreas	AOK Rheinl. HH	82.874.575	92,6
6	Schösser, Fritz	AOK BY	80.429.675	89,9
7	Tölle, Hartmut	AOK NI	80.872.537	90,4

Wahl 1.2: Ersatzkassen – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 177 Stimmanteile Enthaltungen: 3.082.998
Stimmanteile gesamt: 91.304.165
Enthaltungen: 36

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Aichberger, Helmut	Hamburg Münchener Krankenkasse	78.017.472	85,4
2	Balzer, Klaus	KKH	76.914.940	84,2
3	Bender, Hans	DAK	78.003.951	85,4
4	Bilz, Rosemie	TK	78.178.751	85,6
5	Engelmann, Ute	Barmer Ersatzkasse	78.948.203	86,5
6	Fenske, Dieter	DAK	74.512.058	81,6
7	Huber, Ludwig	GEK	81.706.740	89,5
8	Langkutsch, Holger	Barmer Ersatzkasse	78.542.793	86
9	Märtens, F.	TK	77.766.568	85,2
10	Mönig-Raane, Margret	Barmer Ersatzkasse	84.649.571	92,7
11	Schulte, Harald	TK	78.278.407	85,7
12	Wittrin, Horst	HEK	80.876.048	88,6
13	Zahn, Christian	DAK	82.433.097	90,3

Wahl 1.3: BKK – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 182 Stimmanteile Enthaltungen: 3.709.090
Stimmanteile gesamt: 90.846.639
Enthaltungen: 2

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Budde, Willi	BKK Mannesmann	80.971.131	89,1
2	Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner	76.708.858	84,4
3	Strobel, Andreas	neue BKK	76.397.893	84,1
4	Schoch, Manfred	BKK BMW AG	75.640.897	83,3

Wahl 1.4: IKK – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 177 Stimmanteile Enthaltungen: 3.720.791
Stimmanteile gesamt: 90.378.782
Enthaltungen: 32

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Brandner, Klaus	Vereinigte IKK	72.145.497	79,8
2	Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund-plus	60.051.385	66,4

Wahl 1.5: See-K./KBS/LKK – Versichertenvertreter

Abgegebene Stimmen:	172	Stimmanteile Enthaltungen:	6.611.125
Stimmanteile gesamt:	91.199.822		
Enthaltungen:	34		

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Linnemann, Eckehard	Dt. Rentenversicherung KBS	84.588.697	92,8

Wahl 2.1: AOK – Arbeitgebervertreter

Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen:	138	Stimmanteile Enthaltungen:	3.998.897
Stimmanteile gesamt:	41.560.340		
Enthaltungen:	32		

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Hansen, Volker Dr.	AOK BB	31.696.915	76,3
2	Landrock, Dieter Jürgen	AOK BW	33.377.455	80,3
3	Mauer, Günter	AOK Rheinl./HH	33.252.792	80,0
4	Münzer, Christian Dr.	AOK NI	33.891.997	81,5
5	Niederhausen, Dieter	AOK HE	33.809.288	81,3
6	Jehring, Stephan	AOK SN	34.481.279	83,0
7	Räde, Hubertus	AOK BY	33.481.113	80,6

Wahl 2.2: BKK – Arbeitgebervertreter

Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen:	143	Stimmanteile Enthaltungen:	0
Stimmanteile gesamt:	41.947.406		
Enthaltungen:	0		

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Schweinitz, Detlef E. von	Siemens BKK	27.350.381	65,2
2	Reyher, Dietrich von	Bosch BKK	13.581.687	32,4
3	Scheurer, Hans-Walter	Fortisnova BKK	11.495.595	27,4
4	Hornung, Ernst	Esso BKK	10.609.209	25,3

Wahl 2.3: IKK – Arbeitgebervertreter

Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen:	137	Stimmanteile Enthaltungen:	2.476.252
Stimmanteile gesamt:	38.660.162		
Enthaltungen:	35		

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Wille, Rolf	IKK Niedersachsen	31.911.283	82,5
2	Wollseifer, Hans-Peter	IKK Nordrhein	17.387.710	45,0

Wahl 2.4: See-K./KBS/LKK – Arbeitgebervertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 136 Stimmanteile Enthaltungen: 7.777.772
Stimmanteile gesamt: 39.401.785
Enthaltungen: 43

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Blum, Leo	LKK HE, RP und SL	31.624.013	80,3

Wahl der stellvertretenden Mitglieder des Verwaltungsrats

Wahl 3.1: AOK – Arbeitgebervertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 134 Stimmanteile Enthaltungen: 3.316.573
Stimmanteile gesamt: 40.671.963
Enthaltungen: 37

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Projahn, Horst-Dieter Dr.	AOK WL	28.958.644	71,2
2	Bernecker, Viktor	AOK TH	29.254.401	71,9
3	Schneider, Peter Dr.	AOK SA	33.130.609	81,5
4	Bruns, Rainer	AOK SH	33.160.732	81,5
5	Bögemann, Heiner	AOK HB	31.570.667	77,6
6	Kuhn, Willi	AOK RP	30.517.929	75,0
7	Fitzke, Helmut	AOK MV	32.114.787	79,0
8	Kästner, Friedrich Dr.	AOK BE	34.746.659	85,4
9	Malter, Joachim	AOK SL	34.239.273	84,2

Wahl 3.2: BKK – Arbeitgebervertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 133 Stimmanteile Enthaltungen: 348.747
Stimmanteile gesamt: 37.680.407
Enthaltungen: 3

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Kreßel, Eckhard Prof.	DaimlerChrysler BKK	29.072.721	77,2
2	Schmid, Karl-Heinz	neue BKK	18.423.906	48,9
3	Schüßler, Götz	BKK MAN und MTU München	17.903.035	47,5
4	John, Rainer	BKK Westfalen-Lippe	15.395.206	40,9
5	Zöller, Horst	Taunus BKK	13.246.477	35,2
6	Eckhard, Matthias	BKK der Allianz Gesellschaften	10.502.457	27,9
7	Tautz, Andreas	Deutsche BKK	10.219.364	27,1
8	Beetz, Jürgen	Schwenninger BKK	7.835.165	20,8

Wahl 3.3: IKK – Arbeitgebervertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 127 Stimmanteile Enthaltungen: 7.701.280
Stimmanteile gesamt: 31.765.975
Enthaltungen: 36

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Schurr, Horst	IKK BW und HE	21.294.368	67,0
2	Burger, Winfried	IKK Südwest-Direkt	18.207.790	57,3
3	Geers, Volker J. Dr.	BIG Gesundheit	11.692.336	36,8

Wahl 3.4: See-K./KBS/LKK – Arbeitgebervertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 118 Stimmanteile Enthaltungen: 8.192.928
Stimmanteile gesamt: 32.652.795
Enthaltungen: 31

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Lampe, Lothar	LKK NI-HB	24.459.867	74,9

Wahl 4.1: AOK – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 177 Stimmanteile Enthaltungen: 7.445.095
Stimmanteile gesamt: 89.786.113
Enthaltungen: 50

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Keppeler, Georg	AOK WL	71.694.832	79,9
2	Deutschland, Peter	AOK MV	71.728.169	79,9
3	Wiedemeyer, Susanne	AOK SA	72.309.066	80,5
4	Metschurat, Wolfgang	AOK BE	73.055.359	81,4
5	Köhler, Peter	AOK SH	73.214.093	81,5
6	Staudt, Alfred	AOK SL	74.092.074	82,5
7	Söffing, Hans-Jürgen	AOK HB/Bremerhaven	77.983.122	86,9
8	Muscheid, Dietmar	AOK RP	75.570.677	84,2
9	Spieth, Frank	AOK TH	76.876.840	85,6

Wahl 4.2: Ersatzkassen – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 172 Stimmanteile Enthaltungen: 6.417.503
 Stimmanteile gesamt: 89.693.041
 Enthaltungen: 54

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Reumann, Peter /HKK	Fuchs, Harry / HMK	75.813.650	84,5
2	Balsler, Erich / KKH	Schnurr, Hans-Jürgen / KKH	75.042.652	83,7
3	Neuendorf, Theo / DAK	Hoof, Walter / DAK	75.101.411	83,7
4	Grunau, Wilfried / TK	Ringhoff, Hubert / TK	75.291.560	83,9
5	Hauffe, Ulrike / BEK	Biermann, Ilka / BEK	75.828.948	84,5
6	Stute, Hans-Peter / DAK	Schäfer, Günter / DAK	64.998.645	72,5
7	Maurer, Matthias / HZK	Roth, Myriam / KEH	65.676.221	73,2
8	Lehner, Heinz Dr. / BEK	Heerbeck, Thomas / BEK	65.735.359	73,3
9	Schwan, Silvia / TK	Treibmann, Peter / TK	67.842.665	75,6
10	Nothof, Karl / BEK	Lohre, Karl-Werner / BEK	69.935.578	78,0
11	Göbel, Karl Michael / TK	Röhm, Jacqueline / TK	68.307.628	76,2
12	Reumann, Peter / HKK	Lubitz, Bernhard / HEK	60.424.073	67,4
13	Schelter, Wolfgang / DAK	Holz, Elke / DAK	68.199.794	76,0

Wahl 4.3: BKK – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 169 Stimmanteile Enthaltungen: 6.409.257
 Stimmanteile gesamt: 79.802.313
 Enthaltungen: 8

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Brendel, Roland	BKK Pfalz	66.642.950	83,5
2	Dorneau, Hans-Jürgen	Bahn BKK	62.649.302	78,5
3	Meckel, Klaus	BKK MEM	62.589.926	78,4
4	Friederichs, Günter	Shell BKK / Life	60.803.896	76,2
5	Seiffert, Stephan	BKK 24	54.935.428	68,8
6	Christen, Anja	BKK VBU	15.731.335	19,7
7	Haigis, Kurt	BKK Gesundheit	14.675.809	18,4
8	Bartz, Christoph	Deutsche BKK	12.383.110	15,5

Wahl 4.4: IKK – Versichertenvertreter
Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 171 Stimmanteile Enthaltungen: 7.951.292
 Stimmanteile gesamt: 89.976.244
 Enthaltungen: 43

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Baer, Detlef	IKK BB und BE	79.118.132	87,9
2	Klefler, Regina	IKK TH	78.586.222	87,3
3	Krause, Helmut	BIG Gesundheit	57.837.631	64,3

Wahl 4.5: See-K./KBS/LKK – Versichertenvertreter
 Ergebnisse – 1. Wahlgang

Abgegebene Stimmen: 158 Stimmanteile Enthaltungen: 6.739.803
 Stimmanteile gesamt: 73.884.919
 Enthaltungen: 29

Nr.	Name, Vorname	Krankenkasse	Ja-Stimmen/ Höchstzahlen	%
1	Hüfner, Gert	See-Krankenkasse	67.145.116	90,9

3. Wahl der alternierenden Vorsitzenden

Auf ihrer ersten Sitzung wählten die ehrenamtlichen Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber zunächst ihren Vorsitzenden und alternierenden Vorsitzenden. Dabei gilt: Der Vorsitzende bzw. der alternierende Vorsitzende müssen jeweils der Gruppe der Versicherten bzw. Arbeitgeber angehören. Der Vorsitz wechselt jährlich.

Zum Vorsitzenden wählte der Verwaltungsrat des neu gebildeten Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Dr. Volker Hansen, geboren am 25. Februar 1955, Arbeitgebervertreter. Hansen ist seit 2005 Mitglied des Verwaltungsrats der AOK Brandenburg und alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Hauptberuflich ist Hansen stellvertretender Abteilungsleiter „Soziale Sicherung“ bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) in Berlin.

Zum alternierenden Vorsitzenden wählte der Verwaltungsrat Willi Budde, geboren am 26. August 1940, Versichertenvertreter. Er ist seit 1970 ehrenamtlich in der Selbstverwaltung der BKK Mannesmann in Düsseldorf tätig. Seit 1981 ist er in den Verwaltungsrat des BKK-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen gewählt und dort seit 1996 alternierender Vorsitzender. Der Selbstverwaltung des BKK-Bundesverbandes gehört Willi Budde seit 1987 an; seit 1996 ist er alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates.

Hansen betonte, der neue Verwaltungsrat werde die Interessen der Versicherten und Beitragszahler sowie der Krankenkassen im Spitzenverband verantwortungsbewusst wahrnehmen. Die Arbeitgebervertreter legten sehr viel Wert darauf, dass der staatliche Einfluss im Spitzenverband nicht zu groß werde. Der Wettbewerb der Krankenkassen dürfe keineswegs eingeschränkt werden, sondern müsse – im Gegenteil – nachhaltig intensiviert werden; es komme darauf an, hier die Spielräume zu respektieren. „Die wettbewerbliche Struktur der Kassenlandschaft muss sich auch im Spitzenverband Bund weiterhin widerspiegeln“, so Hansen. Ein weiteres Augenmerk würden die Arbeitgeber auf die Wirtschaftlichkeit der Entscheidungen im Spitzenverband Bund legen. Schließlich stelle der Spitzenverband mit seinen Entscheidungen die wichtigsten Stellschrauben für die Ausgaben der GKV von ca. 150 Mrd. Euro.

Auch Budde erklärte, es komme entscheidend darauf an, dass der Spitzenverband Bund keine staatliche Behörde ohne Bezug zum realen Versorgungsgeschehen werde. „Die medizinische Versorgung der rund 70 Millionen Versicherten muss im Mittelpunkt stehen. Der Gedanke der Selbstverwaltung muss oberste Priorität haben, die Entscheidungen müssen nachvollziehbar sein und sich an der Praxis orientieren. Der Verwaltungsrat trägt hier eine hohe Verantwortung, denn er stellt das Bindeglied zwischen Spitzenverband Bund, Krankenkassen und den Versicherten und Arbeitgebern dar.“

Die Verwaltungsratsmitglieder betonten, dass die heutigen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen auch künftig eine wichtige Rolle als Bindeglied zwischen Spitzenverband Bund und Mitgliedskassen wahrnehmen und Beratungs- und Koordinierungsfunktionen übernehmen würden. In Zukunft nähmen die Spitzenverbände verstärkt Dienstleistungsaufgaben in zentralen Wettbewerbsfeldern im Auftrag ihrer Mitgliedskassen wahr. Auch in einem sich verstärkenden Kassenwettbewerb sei es weiterhin sinnvoll, in gemeinsamen Organisationen Interessen zu bündeln und Synergieeffekte zu erzielen.

Die Mitglieder des Verwaltungsrats wurden am 21.5.2007 von der Mitgliederversammlung des neuen Spitzenverbandes Bund gewählt.

4. Organisationsstruktur und Aufgaben

Der Spitzenverband wird zum 1.4.2007 als Körperschaft öffentlichen Rechts gebildet. Die Mitglieder des Spitzenverbandes sind die Krankenkassen.

Mitgliederversammlung

Die Krankenkassen entsenden je zwei ehrenamtliche Vertreter aus ihren Verwaltungsräten bzw. ihren Vertreterversammlungen. Die konstituierende Mitgliederversammlung besteht damit aus ca. 500 ordentlichen Mitgliedern. Zentrale Aufgabe der Mitgliederversammlung ist die Wahl des Verwaltungsrates.

Verwaltungsrat

Der Verwaltungsrat besteht aus 41 Mitgliedern, die jeweils dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören müssen. Gewählt werden sie nach Vorschlagslisten der Kassenarten entsprechend folgender Sitzverteilung:

Kassenart	Versichertenvertreter	Arbeitgebervertreter	gesamt
AOK	7	7	14
BKK	4	4	8
IKK	2	2	4
Ersatzkassen	13	–	13
Sonstige*	1	1	2
insgesamt	27	14	41

* See-Krankenkasse, Knappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkassen

Die Sitzverteilung orientiert sich an den Marktanteilen (Anzahl der Versicherten) der verschiedenen Kassenarten. Bei Abstimmungen werden die Stimmen der Verwaltungsratsmitglieder in einer Weise gewichtet, dass hinsichtlich der Stimmengewichte zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern Parität besteht. Jede der beiden Gruppen hat 30 Stimmen im Verwaltungsrat. Die Stimmengewichte je Mitglied des Verwaltungsrates sehen je nach Kassenarten und Gruppenzugehörigkeit wie folgt aus:

Kassenart	Versichertenvertreter	Arbeitgebervertreter
AOK	$\frac{5}{7}$	$\frac{16}{7}$
BKK	$\frac{3}{4}$	$\frac{9}{4}$
IKK	$\frac{1}{2}$	$\frac{3}{2}$
Ersatzkassen	$\frac{20}{13}$	-
Sonstige*	1	2

* See-Krankenkasse, Knappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkassen

Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht, wählt den Vorstand und überwacht ihn und entscheidet über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, das heißt, die strategischen Entscheidungen in den Aufgabenfeldern des Spitzenverbandes Bund.

Vorstand

Der dreiköpfige hauptamtliche Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband Bund und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich.

Aufgaben des Spitzenverbandes Bund

Der Spitzenverband Bund hat ab 1.7.2008 die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Dazu zählen u.a.

- die Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen,
- die Vertretung der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern,
- die Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung,
- die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für die stationäre Versorgung,
- die Gestaltung und Weiterentwicklung beim Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung,
- die Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie der neuen Höchstbeträge für Arzneimittel,
- Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene,
- die Ausgestaltung der Telematik im Gesundheitswesen.

Redaktioneller Hinweis:

Die Auflistung der Ergebnisse der Wahlen und die Zusammenstellung der Information sind Mitteilungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen entnommen sowie durch Internet-Recherchen zustande gekommen.

(J.L./A.S.)

II. Selbstverwaltung stärken – Herausforderungen annehmen! (Tagung der IG Metall)

Selbstverwaltung stärken – Herausforderungen annehmen!

Tagung für Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
30. November bis 1. Dezember 2007 in der IG Metall-Bildungsstätte Bad Orb

PROGRAMMABLAUF

Freitag, 30. November 2007

- 15:00 Uhr Begrüßung
- 15:15 Uhr **„GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Bilanz aus Sicht der Gewerkschaften“**
Referat
Annelie Buntenbach, Mitglied des geschäftsführenden Bundesvorstands des DGB
- 15:45 Uhr **Teil 1**
„Aus Fehlern lernen: Perspektiven einer solidarischen Reform der Pflegeversicherung“
Moderierte Diskussion
1. Franz Knieps, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung,
Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit
2. Annelie Buntenbach, Mitglied des geschäftsführenden Bundesvorstands des DGB
3. Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen
4. Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
5. Claus Fussek, Vereinigung Integrationsförderung e.V., Pflegeexperte und Autor
- 17:30 Uhr Kaffeepause
- 17:45 Uhr **Teil 2**
„Organisationsreformen im Gesundheitswesen: Neue Strukturen – alte Probleme?“
Statements und moderierte Diskussion
Herbert Schneider, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Hessen
(Versichertenvertreter, DGB)
Dr. Hildegard Demmer, BKK-Bundesverband, Verbandspolitik und Kommunikation
- 18:45 Uhr Ende des 1. Tagungstages
- 19:00 Uhr Abendessen – anschließend offener Abend (gemütliches Beisammensein)

Samstag, 1. Dezember 2007

9:00 Uhr **Teil 3**
„Wettbewerbsstärkungsgesetz: Herausforderungen für die soziale Selbstverwaltung“

9:15 Uhr Arbeitsgruppenphase zu ausgewählten Themen der sozialen Selbstverwaltung
Statements mit Diskussion

1. Die neuen Wahltarife der Krankenkassen

Statement:

Dr. Robert Paquet, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Berliner Büro

**2. Auswirkungen der zukünftigen Finanzstruktur
(Ausgleichssystem, Insolvenzsicherung, Fonds u.a.)**

Statement:

Ludwig Huber, IG Metall, Vorsitzender des GEK-Verwaltungsrats und
Gesamtvorstandsvorsitzender des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV e.V.)

**3. Bericht über die Sozialversicherungswahlen: Anforderungen an Informations-
und Öffentlichkeitsarbeit**

Statement:

Norbert Rzesnik für den Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen

10:30 Uhr Kaffeepause

10:45 Uhr Präsentation der Arbeitsgruppenergebnisse im Plenum

11:15 Uhr **Teil 4**
**„Modernisierung der Selbstverwaltung: aktuelle Herausforderungen
und neue Entwicklungen“**

Statements und moderierte Diskussion

Tanja Klenk, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik

Norbert Rzesnik für den Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen

Jürgen Sendler, DGB-Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik

12:45 Uhr Zusammenfassung, Ausblick und Schlusswort

13:00 Uhr Ende der Tagung mit dem Mittagessen

Tagungsmoderation: Beate Kowollik, Journalistin

(Anmeldungen über IG Metall-Verwaltungsstellen)

Stand: 30. Mai 2007

(J.L.)

III. Steuerrechtliche Behandlung von Aufwandsentschädigungen – hier: für ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung –

In dem Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) vom 25. März 2002 – IV D 2 – S 0229-26/02 – hieß es seinerzeit, dass zwischenzeitlich eine Änderung der rechtlichen Beurteilung der Zahlungen an ehrenamtlich Tätige eingetreten ist. Das BMF hat den Finanzbehörden eine Anwendungsrichtlinie mitgeteilt, nach der unter Punkt 3.3. Zahlungen an ehrenamtlich Tätige nicht mehr unter den Schutz des Sozialgeheimnisses fallen. „Alle Zahlungen an ehrenamtlich Tätige müssten demnach an die betreffenden Wohnfinanzämter gemeldet werden“, hatte ver.di ihren ehrenamtlich Tätigen daraufhin Anfang des Jahres 2003 mitgeteilt.

Zunächst hatten einzelne Rentenversicherungsträger die Anwendungsrichtlinie als verbindlich erklärt.

Der Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund hatte sich Ende 2006 in dieser Angelegenheit an das Bundesministerium der Finanzen gewandt und von dort die nachstehend abgedruckte Antwort erhalten.

Aus dem Schreiben ergibt sich, dass das Begehren, § 3 Nr. 26 EStG durch eine Gesetzesänderung auf nebenberufliche Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung auszuweiten, von der Bundesregierung nicht befürwortet werden kann. Weiter heißt es: „Das Gleiche gilt für die Einbeziehung nebenberuflicher Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung in die mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur weiteren Stärkung des bürgerlichen Engagements vorgeschlagene neue Steuerermäßigung für bestimmte ehrenamtliche Tätigkeiten in Höhe von 300 Euro im Kalenderjahr“.

Der Versicherungsträger teilt dem Wohnortfinanzamt die geleisteten Zahlungen mit. Wie das BMF in seinem Schreiben vom 19.01.2007 hervorhebt, unterliegt die entgeltlich ausgeübte Tätigkeit grundsätzlich der Einkommenssteuer. Auf Seite 2 des Schreibens wird aber angemerkt, dass von den Einnahmen aus einer ehrenamtlichen oder nebenberuflichen Tätigkeit nachgewiesene oder glaubhaft gemachte Aufwendungen, die damit im Zusammenhang stehen, abgezogen werden können. „Wenn die Vergütung lediglich in dem Ersatz solcher Aufwendungen besteht oder wenn die Aufwendungen die Vergütung übersteigen, ergibt sich keine Steuerpflicht“.

Kolleginnen und Kollegen, die im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben, kennen die Entschädigungsregelungen ihres Versicherungsträgers. So hat z. B. die Deutsche Rentenversicherung Bund – Bereich 0130 Selbstverwaltungsangelegenheiten – mit Rundschreiben 01/07 die Entschädigungsregelung für die Versichertenberaterinnen und Versichertenberater der Deutschen Rentenversicherung Bund (Beschluss des Trägersausschusses der Vertreterversammlung vom 05. Dezember 2006) ihren ehrenamtlich Tätigen bekannt gemacht.

(W.H.-H.)



Bundesministerium
der Finanzen

Dr. Axel Nawrath
Statssekretär

VERKEHRSPOLITIK | Postfach 10 15 530 | 10115 Berlin

HAUSNUMMERN | Wilhelmstraße 97, 10117 Berlin

Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Herrn Dr. Herbert Rische
Hallesche Straße 1
10963 Berlin

☎ 149 (0) 1888 682-654
☎ 149 (0) 1888 682-240
✉ axel.nawrath@bmf.bund.de
☎ 665640
📅 19. Januar 2007

☞ **Steuervergünstigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung**

☞ Ihr Schreiben vom 22. Dezember 2006

☞ IV C 4 - S 2121 - 14/07

Sehr geehrter Herr Präsident,

Im Namen des Bundesministers der Finanzen, Herrn Peer Steinbrück, danke ich Ihnen für Ihr o. g. Schreiben, mit dem Sie um Berücksichtigung der nebenberuflich für die Träger der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen bei den für bestimmte ehrenamtliche Tätigkeiten gewährten oder geplanten Steuervergünstigungen bitten. Der Minister hat mich gebeten, Ihnen in dieser Angelegenheit zu antworten.

Entgeltlich ausgeübte Tätigkeiten unterliegen grundsätzlich der Einkommensteuer. Dies gilt auch dann, wenn die Vergütungen als Aufwandsentschädigung oder Aufwandspauschale bezeichnet werden oder im Verhältnis zu der geleisteten Arbeit sehr gering sind. Das Einkommensteuergesetz stellt bei der Besteuerung des Einkommens auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen ab, die sich in erster Linie nach dem Einkommen richtet. Der Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Besteuerung gebietet es, Einkommen aus einer ehrenamtlichen oder nebenberuflichen Tätigkeit ebenso zu besteuern wie aus einer hauptberuflichen Tätigkeit. Eine Aufgabe im öffentlichen Interesse rechtfertigt für sich allein nicht die Steuerfreiheit der bezogenen Vergütung.

www.bundesanwalt.de

- 4.43 Vor den Einnahmen aus einer ehrenamtlichen oder nebenberuflichen Tätigkeit können nachgewiesene oder glaubhaft gemachte Aufwendungen, die damit im Zusammenhang stehen, abgezogen werden. Wenn die Vergütung lediglich in dem Ersatz solcher Aufwendungen besteht oder wenn die Aufwendungen die Vergütung übersteigern, ergibt sich keine Steuerpflicht.

Vergütungen für bestimmte nebenberufliche Tätigkeiten im Dienst oder Auftrag einer gemeinnützigen Körperschaft oder einer juristischen Person des öffentlichen Rechts im gemeinnützigen Bereich sind ohne Einzelnachweis von Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 1.848 Euro im Jahr steuerfrei (§ 3 Nr. 26 Einkommensteuergesetz - EStG -). Begünstigt sind

- nebenberufliche Tätigkeiten als Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher, Betreuer oder eine vergleichbare nebenberufliche Tätigkeit,
- nebenberufliche künstlerische Tätigkeiten,
- nebenberufliche Pflege alter, kranker oder behinderter Menschen.

Die Tätigkeiten als Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher oder Betreuer haben miteinander gemeinsam, dass sie auf andere Menschen durch persönlichen Kontakt Einfluss nehmen, um auf diese Weise deren geistige und leibliche Fähigkeiten zu entwickeln und zu fördern. Gemeinsamem Nenner der Tätigkeiten ist eine pädagogische Ausrichtung. Ebenso begünstigt sind Tätigkeiten, die mit den genannten Tätigkeiten vergleichbar sind. Im Hinblick auf die Frage der Vergleichbarkeit kommt es nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs nicht auf das „soziale“ Ergebnis der Tätigkeit, sondern auf die Art der Tätigkeit an. Die Tätigkeiten der Mitglieder der Vertreterversammlung und des Vorstands und der Mitglieder in Selbstverwaltungsausschüssen bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung sind keine nach § 3 Nr. 26 EStG begünstigte Tätigkeiten, da keine pädagogischen Aspekte in ihrem Mittelpunkt stehen. Dies gilt auch für die Tätigkeit der Versichertenältesten, die in erster Linie beratend ist.

Die Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 26 EStG bezweckt vor allem eine Unterstützung von gemeinnützigen Tätigkeiten und gemeinnützigen Körperschaften. Versicherungsanstalten sind nicht gemeinnützig. Die Tätigkeit für eine Versicherungsanstalt ist keine gemeinnützige Tätigkeit im Sinne der §§ 52 bis 54 Abgabenordnung. Auch aus diesem Grund kann die Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 26 EStG dafür nach geltendem Recht nicht gewährt werden.

Die Bundesregierung kann es nicht befürworten, § 3 Nr. 26 EStG durch eine Gesetzesänderung auf nebenberufliche Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung auszuweiten. Eine entsprechende Änderung der Vorschrift würde zu einer nicht mehr kontrollierbaren Ausweitung des begünstigten Personenkreises führen, weil die Regelung dann auch für

- 509) alle vergleichbaren verwaltenden und beratenden Tätigkeiten gelten würde und - damit die Vergütungen überhaupt erlassen werden könnten - zudem generell auf die bisherige Voraussetzung verzichtet werden müsste, dass eine Tätigkeit nur dann befristet ist, wenn sie zur Förderung gemeinnütziger, wohltätiger oder kirchlicher Zwecke im Sinne der Abgabenordnung ausgeübt wird. Dies wäre weder sachlich gerechtfertigt noch für die öffentliche Hand finanzierbar.

Das Gleiche gilt für die Einbeziehung nebenberuflicher Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in die mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur weiteren Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements vorgeschlagene neue Steuerermäßigung für bestimmte ehrenamtliche Tätigkeiten in Höhe von 500 Euro im Kalenderjahr. Die Steuerermäßigung soll nur Personen gewährt werden, die im Dienst oder Auftrag einer juristischen Person des öffentlichen Rechts oder einer inländischen gemeinnützigen Einrichtung freiwillig und unentgeltlich hilfsbedürftige alte, kranke oder behinderte Menschen mit einem Zeitaufwand von durchschnittlich mindestens 30 Stunden monatlich betreuen. Sie wird damit nur für Personen gelten, die sich im Kern des ehrenamtlichen Engagements in erheblichem Umfang und ohne Vergütung - mithin auch ohne pauschale Aufwandsentschädigung - betätigen. Jede Abweichung der engen Voraussetzungen würde ihre Rechtfertigung in Frage stellen und zu für die öffentliche Hand nicht zu verkraftenden Steuermindermaßnahmen führen.

Mit freundlichen Grüßen



IV. Soziale Selbstverwaltung – Aus der Praxis – für die Praxis

1. Am Beispiel der Selbstverwaltung der DAK

a) Qualifizierung der Verwaltungsratsarbeit

Die DAK hatte im I. Quartal 2007 ihre Selbstverwalter/-innen zu einer Fachtagung eingeladen. Im Mittelpunkt stand die Reform der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, Verbesserung der leistungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten sowie der Versorgungsstrukturen und -angebote und Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung.

Mit den DAK-Verwaltungsräten und ihren Stellvertretern diskutierten u.a. Prof. Dr. Heinz Rothgang (Professor für Gesundheitsökonomie der Universität Bremen), Meike Janßen (Abteilungsleiterin grundsätzliche, sozialpolitische Aufgaben Sozialverband Deutschland – Landesverband Niedersachsen), Jörg Rudolph (Bundesministerium für Gesundheit, Leiter des Grundsatzreferats in der Unterabteilung Pflegeversicherung) und Klaus Dumeier (Abteilung Pflege beim VdAK).

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher (Vorsitzender des Vorstandes der DAK) und Hans Bender (Vorsitzender des Verwaltungsrats der DAK) erläuterten die grundsätzlichen Positionen der Ersatzkassen und erinnerten daran, dass der Leistungskatalog sowie die Finanzsituation der Gesetzlichen Pflegeversicherung bereits mehrfach im Verwaltungsrat und in dessen Ausschüssen angesprochen wurden.

CDU/CSU und SPD haben in der Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005 u.a. festgelegt, dass die solidarische Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit dem Leitbild einer menschlichen Pflege auch in Zukunft gewährleistet sein werde. ... Die Pflegeleistungen sollen daher dynamisiert werden, Demenzerkrankte besser berücksichtigt und der Pflegebegriff überarbeitet werden.

Dazu waren den Teilnehmern diverse fachliche Vorabinformationen, die das sehr komplexe Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten, überlassen worden, u. a. die Stellungnahme der Ersatzkassen zu den gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben



Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher (Vorsitzender des Vorstandes der DAK), Jörg Bodanowitz (Pressesprecher der DAK) und Hans Bender (Vorsitzender des Verwaltungsrats der DAK).

der Regierungskoalition (Auszug) und wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 6.7.2005 (Kurzfassung).

b) DAK-Verwaltungsratssitzung

Auf der DAK-VR-Sitzung Ende März 2007 hatte der VR u.a. seine Vertreter/-innen und Stellvertreter/-innen für die Mitgliederversammlung der Krankenkassen nominiert.

Am 21. Mai 2007 haben die ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter/-innen aller 241 gesetzlichen Krankenkassen den 41-köpfigen Verwaltungsrat des neu gebildeten Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt (s. C.I.).

Für die DAK sind **Hans Bender**, **Dieter Fenske** und **Christian Zahn (ver.di)** in dieses Organ gewählt worden. Christian Zahn wird vertreten von **Wolfgang Schelter (ver.di)** und Elke Holz (DAK VRV).

Anlässlich der konstituierenden Sitzung betonten die Verwaltungsratsmitglieder, dass **die heutigen Spitzenverbände** der gesetzlichen Krankenkassen auch künftig eine wichtige Rolle als Bindeglied zwischen Spitzenverband Bund und Mitgliedskassen wahrnehmen und Beratungs- und Koordinierungsfunktionen übernehmen würden. In Zukunft nähmen die Spitzenverbände verstärkt Dienstleistungsaufgaben in zentralen Wettbewerbsfeldern im Auftrag ihrer Mitgliedskassen wahr. Auch in einem sich verstärkenden Kassenwettbewerb sei es weiterhin sinnvoll, in gemeinsamen Organisationen Interessen zu bündeln und Synergieeffekte zu erzielen.

(Internet unter www.gkv.info)

Lt. gesetzlicher Vorgabe ist der **Vorstand** des Spitzenverbandes Bund bis zum 30.06.2007 zu wählen. Diesem Auftrag wird der gewählte Verwaltungsrat im Juni 2007 nachkommen. Zuvor wird er sich eine **Geschäftsordnung** geben und eine **Satzung** beschließen.

Am 18.06.2007 ist Frau Dr. Doris Pfeiffer (Vdak – Vorsitzende des Vorstandes) in den dreiköpfigen Vorstand des Spitzenverbandes GKV gewählt worden. Die weiteren Vorstandsmitglieder werden voraussichtlich am 9.7.2007 gewählt. Der gewählte Vorstand wird dann die Geschäfte vom **Errichtungsbeauftragten** übernehmen und den Aufbau des Spitzenverbandes vorantreiben.

Ab 01.07.2008 hat der Spitzenverband Bund die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erfüllen.

(W.H.-H.)

Nach den vom ver.di-Gewerkschaftsrat verabschiedeten ver.di-internen KandidatInnen-Richtlinien gehört es u.a. zu den besonderen Aufgaben der Hauptamtlichen, regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen in der jeweiligen Selbstverwaltung gegenüber der entsendenden Gewerkschaft und gegenüber den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der jeweiligen Selbstverwaltungsorgane zu berichten. Wilma Hagen-Henneberg ist 1. Stellvertreterin im DAK-Verwaltungsrat für den Listenträger ver.di.

2. Am Beispiel der Selbstverwaltung der BGW

Nach den vom ver.di-Gewerkschaftsrat verabschiedeten ver.di-internen KandidatInnen-Richtlinien gehört es u.a. zu den besonderen Aufgaben der Hauptamtlichen, regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen in der jeweiligen Selbstverwaltung gegenüber der entsendenden Gewerkschaft und gegenüber den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der jeweiligen Selbstverwaltungsorgane zu berichten. Wilma Hagen-Henneberg ist BGW-Organmitglied für den Listenträger ver.di und Vorsitzende der BGW-Vertreterversammlung.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Für die X. Amtsperiode wurden die ehrenamtlich tätigen Selbstverwaltungsorgane der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gewählt. Für die Vertreterversammlung (VV) wurden paritätisch je 30 Organmitglieder von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern gewählt. Die VV wählt sich ihre beiden Vorsitzenden, die sich jährlich in der Geschäftsführung abwechseln. Gewählt wurden Dr. Robert Schäfer, Geschäftsführender Arzt bei der Ärztekammer Nordrhein – für die Gruppe der Arbeitgeber – und Wilma Hagen-Henneberg, Gewerkschaftssekretärin bei ver.di – für die Gruppe der Versicherten (Alternierender Vorsitz).

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlung BGW

Das „Versichertenparlament“ vertritt die Interessen der bei der BGW **versicherten Personen**. Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer treffen in der BGW-Selbstverwaltung gemeinsam branchengerechte und praxisnahe Entscheidungen, denn die Mitglieder der Selbstverwaltung kennen ihre Branchen und deren spezifischen Probleme aus eigener Erfahrung.

Ehrenamtlich tätige Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen wirken auch in diversen **Ausschüssen** mit, denn die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und anderen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ist die zentrale Aufgabe der BGW. Im Schadensfall sorgt sie für die bestmögliche medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie für angemessene Entschädigung.



Wilma Hagen-Henneberg



Dr. Robert Schäfer

■ Versicherte Person

Nur wer zum Kreis der versicherten Personen gehört, d. h. nach Gesetz, Satzung oder „Vertrag“ überhaupt unfallversicherungsrechtlich geschützt ist, kann Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten. Anders als z. B. in der privaten Unfallversicherung ist aber eine Person in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht umfassend gegen Unfälle versichert, sondern immer nur im Zusammenhang mit einer bestimmten Tätigkeit.

Im Feststellungsverfahren berücksichtigt die BGW, der Unfallversicherungsträger eines bei ihr versicherten Unternehmens, auch alle sonstigen in Betracht kommenden Tätigkeiten des Berufslebens.

Paritätisch zusammengesetzt sind auch die **Rentenausschüsse**, die bei folgenden Entscheidungen tätig werden:

- erstmalige Entscheidung über Renten,
- Rentenerhöhungen, -herabsetzungen und -entziehungen wegen Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse,
- Abfindungen mit Gesamtvergütung,
- Renten als vorläufige Entschädigungen,
- Laufende Beihilfen,
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Erläuterungen zu Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII):

Voraussetzungen für den Anspruch auf Rente

Anspruch auf Rente besteht nur, wenn infolge des Arbeitsunfalls die Minderung der Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert und die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 v. H. gemindert ist (§ 56 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII]).

Hierbei wird nicht beurteilt, welche konkreten Beeinträchtigungen am aktuellen Arbeitsplatz bestehen.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 SGB VII).

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Arbeitsunfälle gemindert und erreichen die Vorphundertsätze wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Arbeitsunfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Den Arbeitsunfällen stehen gleich Berufskrankheiten sowie Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren (§ 56 Abs. 1 SGB VII).

Ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Folgen des Arbeitsunfalls bleibt bestehen.

Entziehung der Rente

Die Rente ist zu entziehen, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die ihrer Feststellung zu Grunde gelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt und deswegen eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr besteht (§ 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Verwaltungsverfahren – [SGB X]).

Die Entziehung der Rente wird mit Ablauf des Monats wirksam, in dem dieser Bescheid zugestellt wird (§ 73 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII]).

Ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Folgen des Versicherungsfalles bleibt bestehen.

Wesentliche Änderung

Bei der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist eine Änderung nur wesentlich, wenn sie mehr als 5 v. H. beträgt (§ 73 Abs. 3 SGB VII).

Bei Renten auf unbestimmte Zeit muss die Änderung der Minderung der Erwerbsfähigkeit länger als 3 Monate gedauert haben (§ 73 Abs. 3 SGB VII). Rente auf unbestimmte Zeit kann erst nach Ablauf eines Jahres seit der letzten Rentenfeststellung entzogen werden (§ 74 Abs. 1 SGB VII).

Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle (zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden führen), die Versicherte infolge einer versicherten Tätigkeit erleiden (§ 8 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII).

Ein Arbeitsunfall liegt nicht vor, wenn sich der Unfall bei einer Tätigkeit ereignet, die dem privaten Lebensbereich zuzurechnen ist.

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) in Verbindung mit der Berufskrankheiten-Liste Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung als Berufskrankheit bezeichnet hat und die im Einzelfall durch eine versicherte Tätigkeit entstanden sind. Sie sind in der Berufskrankheitenverordnung (BKV) aufgeführt (Berufskrankheiten-Liste).

■ **Beispiel Lärm**

Wie bereits die genaue Bezeichnung der Berufskrankheit Nr. 2301 (Lärmschwerhörigkeit) erkennen lässt, muss eine durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit vorliegen. Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen können infolge längerfristiger Einwirkungen von Geräuschen (Lärm) mit einem Beurteilungspegel von mindestens 85 dB (A) typische Schäden im Innenohr eintreten. **Diese Innenohrschwerhörigkeit führt insbesondere zu Hörbeeinträchtigungen im Hochtonbereich.** Lärmbelastungen unter 85 dB (A) können solche Schäden nicht herbeiführen. Ebenso ist ein Fortschreiten einer Lärmschwerhörigkeit nach beendeter Lärmbelastung nicht zu erwarten.

Auch kommt es auf den ursächlichen Zusammenhang an. Eine Lärmbelastung von 85 dB (A) und mehr kann typische Schäden im Innenohrbereich (Schallempfindungsschwerhörigkeit vom „Haarzelltyp“) verursachen. Welche Untersuchungsmethoden zum Nachweis und zur Bewertung solcher Hörschäden herangezogen werden können, beschreibt das „Königsteiner Merkblatt“. Dieses ist eine von führenden deutschen Wissenschaftlern in diesem Fachbereich und dem Berufsgenossenschaftlichen Institut für Arbeitssicherheit erarbeitete Empfehlung für die Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit.

Hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen ursächlichen Zusammenhang ist dann anzunehmen, wenn unter Berücksichtigung der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden.

■ **Beispiel wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten**

Berufskrankheiten im Sinne der Nr. 2108 der Berufskrankheiten-Liste sind bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht wurden und die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Es muss eine konkrete, individuelle Gefahr bestehen, dass der Versicherte in absehbarer Zeit an einer Berufskrankheit im Sinne der Nr. 2108 der Berufskrankheiten-Liste erkranken wird. Eine solche Gefahr besteht nicht, wenn keine lendenwirbelsäulenbelastende Berufstätigkeit ausgeübt wird.

Was sind wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten? In dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen Merkblatt für die ärztliche Untersuchung von möglicherweise beruflich verursachten bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule werden u. a. folgende Hinweise gegeben:

Zum Begriff „Schwere Lasten“:

Anhaltspunkte für den Begriff „Schwere Lasten“ sind die folgenden aus präventivmedizinischen Gründen festgelegten Lastgewichte:

Frauen 15–17 Jahre	10 kg
Frauen 18–39 Jahre	15 kg
Frauen ab 40 Jahre	10 kg
Männer 15–17 Jahre	15 kg
Männer 18–39 Jahre	25 kg
Männer ab 40 Jahre	20 kg

Diese Lastgewichte müssen mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Häufigkeit in der überwiegenden Zahl der Arbeitsschichten gehoben oder getragen worden sein, um überhaupt als Ursache von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in Frage kommen zu können.

Welche Tätigkeiten das Merkmal „Heben oder Tragen schwerer Lasten“ erfüllen, prüft die Berufsgenossenschaft im Einzelfall.

Zum Begriff „Extreme Rumpfbeugehaltung“:

Hierunter sind z. B. Arbeiten in Arbeitsräumen zu verstehen, die niedriger als 100 cm sind und damit eine ständig gebeugte Körperhaltung erzwingen.

Weiterhin sind unter extremer Rumpfbeugehaltung Arbeiten gemeint, bei denen der Oberkörper aus der aufrechten Haltung um mehr als 90 Grad gebeugt wird. Tätigkeiten, die mit solchen Beugebelastungen verbunden sein können, sind z. B. aus dem Bergbau und von Stahlbetonbauern bekannt.

Sitzende Tätigkeiten sind nicht Gegenstand der Berufskrankheit Nr. 2108 der Berufskrankheiten-Liste.

Häufige oder ständige „Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung“ können für folgende Tätigkeiten bzw. Berufe ausgeschlossen werden: Kranken-, Alten- und Behindertenpflege, Fußpflege, Kosmetik, Krankengymnastik, Friseure, Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Masseur sowie medizinische Bademeister und Hebammen.

■ **Beispiel Atemwegserkrankung**

Bei bestimmten beruflichen Tätigkeiten kommt es z. B. zu Kontakten mit Formaldehyd und Latex. Dann stellen die betroffenen Versicherten den Antrag auf Anerkennung ihrer Atemwegserkrankung als BK Nr. 4301/02.

Eine Berufskrankheit im Sinne der Nr. 4301 der Berufskrankheiten-Liste ist eine durch allergisierende Stoffe verursachte **obstruktive Atemwegserkrankung** (einschl. **Rhinopathie**), die zur **Unterlassung** aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Eine Berufskrankheit im Sinne der Nr. 4302 der Berufskrankheiten-Liste ist eine durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte **obstruktive Atemwegserkrankung** die zur **Unterlassung** aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Zum Begriff „obstruktive Atemwegserkrankung“

Hierunter ist eine Verstopfung der tieferen Atemwege zu verstehen, die häufig mit Atemgeräuschen (z. B. Pfeifen, Giemen, Brummen), vermehrter Sekretbildung und einer Lungenüberblähung verbunden ist.

Zum Begriff „Rhinopathie“

Hierunter ist eine Erkrankung der oberen Atemwege zu verstehen, die mit vermehrter Sekretbildung sowie häufig auch mit wässrigem Fließschnupfen und Niesattacken verbunden ist.

Zum Begriff „Unterlassung ...“

Ein Unterlassungszwang liegt vor, wenn unter Berücksichtigung der mit der Berufstätigkeit verbundenen schädigenden Einwirkung, des aktuellen Krankheitsbildes, der Art und Ausprägung der Erkrankung und Funktionsbeeinträchtigungen sowie des Erkrankungsverlaufs die bisherige Berufstätigkeit nicht ohne weitere Verschlimmerung des Krankheitsbildes fortgesetzt werden kann. Dies setzt im Allgemeinen ein ausgeprägtes Krankheitsbild voraus, das auch durch medizinisch-therapeutische Maßnahmen (z. B. ärztliche Behandlung) oder durch sonstige Maßnahmen (z. B. arbeitstechnische Hilfen) nicht mehr beeinflusst werden kann.

Maßnahmen, die dem Entstehen einer Berufskrankheit entgegenwirken

Es muss eine konkrete, individuelle Gefahr bestehen, dass d. Versicherte in absehbarer Zeit an einer Berufskrankheit im Sinne der Nr. 4301/02 der Berufskrankheiten-Liste erkranken wird. (Anspruch auf besondere Leistungen oder Maßnahmen, die dem Entstehen dieser Berufskrankheit entgegenwirken.)

■ **Beispiel Sehnenscheiden**

Eine Berufskrankheit im Sinne der Nr. 2101 der Berufskrankheiten-Liste ist eine Erkrankung der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeit gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Anträge auf Anerkennung einer BK nach Nr. 2101 oder nach Nr. 2106 der Berufskrankheiten-Liste stellen z. B. Versicherte, die in ihrem Arbeitsbereich einseitigen, langandauernden mechanischen Belastungen ausgesetzt waren.



Sitzung Widerspruchsausschuss II der BGW-Bezirksverwaltung Hamburg (v.l.n.r.: Peter Schmitz (ArbG), Gert Müssig (ArbG), Frau Schröder (BV HH), Dr. Herbert Deppisch (Versichertenvertreter)).

Widerspruchsausschüsse

Legen Versicherte Widerspruch gegen Bescheide der BGW ein, so entscheidet i. d. R. der Widerspruchsausschuss, der wie die Rentenausschüsse paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammengesetzt ist. Hat der Widerspruch keinen Erfolg, kann der Betroffene Klage gegen den Widerspruchsbescheid einlegen.

BGW-Seminar für die Mitglieder der Renten- und Widerspruchsausschüsse

Traditionell lädt die BGW ihre Mitglieder der Renten- und Widerspruchsausschüsse alljährlich zum Anfang des Jahres zu einem Seminar ein, in dem u.a. Aktuelles aus dem Leistungswesen und der Verbandstätigkeit oder die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vermittelt werden.

Der Tagungsband des BGW-Seminars 2007 liegt vor. Im Januar 2007 war die Entwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung (die Zukunft der Selbstverwaltung, die Reform des materiellen Unfallversicherungsrechts sowie die Diskussion zur Entwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung) ein Schwerpunktthema.

Reform des Leistungsrechts der gesetzlichen Unfallversicherung

Aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist der Arbeitsentwurf zur Neuordnung des Leistungsrechts der gesetzlichen Unfallversicherung angekündigt. Durch die Reform wird das Leistungsrecht in weiten Teilen grundlegend umgestaltet werden.

Mehr dazu in dieser Sozialpolitischen Information im Kapitel H.I. „Reform der gesetzlichen Unfallversicherung“.

BGW-Selbstverwaltung

In Vorbereitung auf die BGW-Vertreterversammlung im Juni 2007 hat sich der **Haushalts- und Satzungsausschuss** u.a. mit dem Stand des Gesetzgebungsverfahrens zum Unfallversicherungs-Reformgesetz – UVRG – befasst, so z. B. mit der

- Neuregelung des Lastenausgleichs,
- Künftigen Rechtsform des Spitzenverbandes,



Sitzung des BGW-Satzungs- und Haushaltsausschusses; v. l. n. r.: Wolfgang Hener (Vors. ArbG), Gisela Lingen (amtierende Vorsitzende Versicherte), Prof. Dr. Stephan Brandenburg (BGW-GF).

- Unternehmerpflichtversicherung kraft Satzung,
- Beitragsüberwachung durch die gewerblichen Berufsgenossenschaften (Mittelstandsentslastungsgesetz),
- Novellierung des Vermögensrechts, u.a.

Im Mittelpunkt der Beratungen stand die Haushaltsrechnung 2006. Die Aufstellungen zeigen, dass die Ausgabenschwerpunkte in den Bereichen Leistungen und Prävention sowie beim Insolvenzgeld liegen.

Zum Insolvenzgeld ist generell anzumerken, dass die Berufsgenossenschaften gem. § 361 Abs. 1 SGB III Abschlüsse auf das Insolvenzgeld für das laufende Jahr zu zahlen haben. Die Mittel hierfür sind von den Beitragszahlern durch Vorschusszahlungen zur Verfügung zu stellen. Nach Vorstellungen des Bundesversicherungsamtes sollte die Einziehung des Insolvenzgeldes künftig nicht mehr von den gewerblichen BGen durchgeführt werden.

BGW-Vorstand und Vertreterversammlung im Juni 2007

In der – öffentlichen – Vertreterversammlung im Juni 2007 berichteten Vorstand und Geschäftsführung ausführlich über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung einschl. Leistungsrecht und Lastenausgleich. Weitere Berichtspunkte waren u.a. die Weiterentwicklung der Präventionsangebote im Rahmen des Qualitätsmanagement-Systems qu.int.as, der Ausbau der Schulungs- und Beratungszentren (schu.ber.z), die Entwicklung der Unternehmer- und Versichertenzahlen sowie des Versicherungsgeschehens, die aktuelle Entwicklung in den Bereichen Unternehmensbetreuung und Finanzen sowie in den Bereichen Prävention und Rehabilitation.



Versichertenvertreter/-innen von Vorstand und Vertreterversammlung in der Beratungspause.

Es folgten die Berichte aus dem Haushalts- und Satzungsausschuss und dem Ausschuss für Prävention und Arbeitsschutz.

Der Leiter der Präventionsdienste berichtete über die möglichen Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder der *Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)*.

(S. Kapitel H.II.)

Vorstand und Vertreterversammlung legten das **Schwerpunktprogramm der BGW für die 10. Amtsperiode** vor.

„Das Schwerpunktprogramm der BGW für die 10. Amtsperiode knüpft unmittelbar an die Schwerpunkte der vorherigen Amtsperiode an und entwickelt sie mit neuen Akzenten weiter: Die Verzahnung von Prävention und Rehabilitation wird ausgeweitet, die Modernisierung der Präventionsarbeit vorangetrieben. Erfolgreiche Angebote, Produkte und Strategien für den Arbeits- und Gesundheitsschutz werden optimiert und gezielter verbreitet, an der Verbesserung der Kundenorientierung der BGW noch intensiver gearbeitet. Einen besonderen Stellenwert nehmen auch die Themen ein, die schon in den vergangenen Jahren die konzentrierte Initiative der BGW gefordert haben – Konzepte für die Prävention von Hauterkrankungen, die Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften und die zunehmenden psychischen Belastungen in der Arbeitswelt. Gerade hier wird die BGW ihr Engagement in den kommenden Jahren noch verstärken und neue Lösungen entwickeln. ...“

(W.H.-H.)

V. Versichertenberaterinnen, Versichertenberater und Versichertenälteste der Deutschen Rentenversicherung – ein wichtiger Teil der Selbstverwaltung

Versicherte, Rentner und Rentnerinnen können sich kostenlos und kompetent von Versichertenberatern und Versichertenberaterinnen bzw. Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung rund um das Thema Rente und Rehabilitation beraten lassen. Die Rentenversicherungsträger sorgen durch ständige Weiterbildung dafür, dass ihre Kenntnisse immer auf dem aktuellen Stand sind.

Sie helfen den Versicherten unentgeltlich

- beim Ausfüllen eines Rentenantrages,
- bei der Beschaffung fehlender Unterlagen,
- bei der Klärung von Beitragskonten.

Sie informieren

- über die Voraussetzungen für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.



Helfer und Helferinnen ganz in Ihrer Nähe

Diese Helfer und Helferinnen in der Nachbarschaft werden alle sechs Jahre von der Vertreterversammlung des jeweiligen Rentenversicherungsträgers in dieses Ehrenamt gewählt, viele von ihnen auf Vorschlag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di. Sie sind ein wichtiger Teil der Selbstverwaltung.

Der Bereich Sozialpolitik/Gesundheitspolitik in ver.di hat für diesen Personenkreis einen eigenen Verteiler aufgebaut, darin sind alle VersichertenberaterInnen und Versichertenälteste erfasst, soweit uns die Landesbezirke die Wahlergebnisse der regionalen Rentenversicherungsträger mitgeteilt haben.

ver.di ist der Anregung von langjährig tätigen Versichertenberatern gefolgt und hat ihnen und den VÄs Werbeträger zur Verfügung gestellt, die auf den kostenlosen Service und den Leistungsumfang der ehrenamtlichen Rentenberater hinweisen, denn offensichtlich wissen viele Versicherte nichts mit dem Begriff „Deutsche Rentenversicherung Bund“ anzufangen und glauben, dass ihnen die Versichertenberater und -beraterinnen eine Versicherung verkaufen wollen. Diese Infos/Werbeträger könnten – mit einem persönlichen Stempel versehen – in den Betrieben an die „schwarzen Bretter“ geheftet oder aber über Betriebs-, Personalräte oder Vertrauensleute verteilt werden.

Für die ehrenamtliche Rentenberatung hat ver.di den Kolleginnen und Kollegen Visitenkarten überlassen, die auf die Anbindung zu ver.di hinweisen.

Den Landesbezirken und Bezirken sind in Absprache mit den Beauftragten für Angelegenheiten der sozialen Selbstverwaltung eine Reihe von Anregungen gegeben worden, wie sie die Kompetenz und das Wissen dieser Mitglieder vor Ort nutzen könnten.

Nachstehend abgedruckt ist die Übersicht über die Rentenversicherungsträger nach der Organisationsreform in der Gesetzlichen Rentenversicherung und weiteren Fusionen:

1. Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
2. Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
3. Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
4. Deutsche Rentenversicherung Hessen
5. Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
6. Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
7. Deutsche Rentenversicherung Nord
8. Deutsche Rentenversicherung Nordbayern (1.1.2008)
9. Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
10. Deutsche Rentenversicherung Rheinland
11. Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
12. Deutsche Rentenversicherung Saarland
13. Deutsche Rentenversicherung Schwaben
14. Deutsche Rentenversicherung Westfalen
15. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
16. Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Selbstverwaltungen der jeweiligen Rentenversicherungsträger sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. **Gemäß § 39 SGB IV** wählt die Vertreterversammlung bei den Trägern der Rentenversicherung ... Versichertenälteste. (Anmerkung: Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund haben sie gem. § 61 der neuen Satzung die Funktionsbezeichnung Versichertenberaterin/Versichertenberater). Den Vorschlagslisten sind Vorschläge der Gewerkschaften, der sonstigen Arbeitnehmervereinigungen und deren Verbände oder von Versicherten (freie Listen) zugrunde zu legen, die zur Einreichung von Vorschlagslisten für die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung berechtigt sind. Wählbar sind Versicherte oder Personen, die eine Rente aus eigener Versicherung beziehen, wenn sie ihre Wohnung oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in dem Wahlbezirk haben. Das gilt nicht für Personen, die zur geschäftsmäßigen Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten zugelassen sind oder deren Wählbarkeit nach § 51 Abs. 6 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist.

Weiter heißt es im **§ 39 Abs. 3 SGB IV**: „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.“

Im Gesetz (§ 40 SGB IV) ist ausdrücklich geregelt, dass die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie die Versichertenältesten ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben, d. h. sie üben ihr Amt unentgeltlich aus, sie erhalten lediglich eine Entschädigung nach den Grundsätzen des § 41 SGB IV. Auch regelt der § 40 Abs. 2 SGB IV, dass niemand in der Übernahme oder Ausübung dieses Ehrenamtes behindert oder wegen der Übernahme oder Ausübung eines solchen Amtes benachteiligt werden darf. (Siehe hierzu Kapitel C.III. – Steuerrechtliche Behandlung von Aufwandsentschädigungen – hier: für ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung –).

Die Amtsdauer der ehrenamtlich Tätigen in der Deutschen Rentenversicherung beträgt sechs Jahre. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes oder wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit nachträglich weggefallen sind, wird der Versichertenberater/die Versichertenberaterin oder der/die Versichertenälteste von seinem/ihrer Amt entbunden.

In der Praxis bedeutet dies, dass der/die ehrenamtlich tätige Kollege/in den Antrag auf Amtsentbindung beim Vorstand seines Rentenversicherungsträgers stellen muss – nicht bei seiner Gewerkschaft. Die vorschlagsberechtigte Gewerkschaft wird vom Rentenversicherungsträger nach Amtsentbindung aufgefordert, gem. §§ 60 Abs. 1, 61 Abs. 2 SGB IV innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung zur Nachbenennung einen Nachfolger für den Listenplatz durch die vorschlagsberechtigte Stelle einzureichen. Nach Ablauf dieser Frist kann von der Aufsichtsbehörde ein Nachfolger bestimmt werden.

verdi-Kollegen und -Kolleginnen, die an der Ausübung eines Ehrenamtes in der gesetzlichen Rentenberatung interessiert sind und die Wählbarkeitsvoraussetzungen erfüllen, wenden sich bitte an ihren zuständigen verdi-Landesbezirk.

Ansprechpartner/-innen für Angelegenheiten der sozialen Selbstverwaltung in den verdi-Landesbezirken (siehe Verzeichnis im Anhang) sind:

Wilhelm Hammer	im LBz Baden-Württemberg,
Kerstin Raue	im LBz Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen (Leipzig),
Ulrich Gammel	im LBz Bayern,
Catrin Krüger-Thiemann	im LBz Berlin-Brandenburg,
Marita Rosenow	im LBz Niedersachsen-Bremen (Bremen),
Karin Hesse	im LBz Nord,
Marita Klein/Jutta Schultz	im LBz Nordrhein-Westfalen,
Axel Schmidt	im LBz Hamburg,
Cornelia Kröll	im LBz Hessen,
Andrea Hess	im LBz Rheinland-Pfalz,
Petra Frank	im LBz Saar.

(W.H.-H.)

VI. Repräsentation von Versicherten und Patienten in der GKV durch Selbstverwaltung und Kassenwahl¹ (Projekt-Kurzbericht)

Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsprojekts

1. Hintergrund des Projekts

Seit Mitte der 1990er Jahre werden die Interessen der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen sowohl durch die bereits seit Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) institutionalisierte Selbstverwaltung als auch die freie Wahl der Krankenkassen repräsentiert. Für beide Repräsentationsmodi war zu hinterfragen, inwieweit sie in der Lage sind, die Interessen der Versicherten aktiv aufzugreifen, in die institutionelle Binnenwelt zu integrieren und entsprechend den Versichertenpräferenzen Veränderungsprozesse zu stimulieren. Die abschließende Analyse des Zusammenwirkens von Kassenwahl und Selbstverwaltung zielt auf ein verbessertes Zusammenspiel der beiden Repräsentationsmodi – um die Schwächen des einen durch die Stärken des anderen kompensieren zu können.

2. Kassenwahlfreiheit

Die empirische Überprüfung mehrerer für das Funktionieren der Kassenwahlfreiheit als Mechanismus zur Repräsentation von Versicherteninteressen notwendiger Bedingungen führte zu folgenden Ergebnissen.

- Es gibt eine hinreichend große Wechselbereitschaft der Versicherten, um über den Exit-Mechanismus Druck auszuüben. Dies gilt für alle Versichertengruppen. Selbst bei sozial schwächeren Versichertengruppen ist noch eine grundsätzliche Wechselbereitschaft erkennbar. Unsere eigene repräsentative Befragung von Krankenversicherten zeigte, dass 27 % der Befragten in den letzten 10 Jahren die Kasse gewechselt haben. Bei einer multivariaten Analyse der Prädiktoren für Kassenwechsel blieb allein das Lebensalter übrig.
- Wenn sich Wechselbereitschaft nicht in entsprechenden Wechselquoten niederschlägt, liegt dies an unzureichenden Alternativen und zu hohen Wechselbarrieren. Falsche Vorstellungen über mögliche negative Folgen eines Kassenwechsels (z. B. Verlust einer in der GKV nicht existenten „Altersrücklage“ oder von Leistungen) sind weit verbreitet.
- Kassenwechsel erfolgt derzeit vor allem, um Beiträge einzusparen. Allerdings bleibt die Frage nach dem Trade off zwischen Beitragssatz und spezifischen Versorgungsformen solange fiktiv, wie die Angebote der Kassen in diesem Bereich nur wenig streuen.
- Hervorzuheben sind abschließend aber auch die politisch induzierten Funktionsdefizite, die nicht Gegenstand der empirischen Untersuchung waren. Solange der Risikostrukturausgleich (RSA) nicht perfektioniert ist und solange die Kassen daher gar kein oder kein genügendes Interesse an der Versicherung „schlechter Risiken“, also insbesondere der chronisch Kranken haben, wird sie auch ein massiver Verlust von Mitgliedern mit

¹ Das Projekt wurde von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert, von Bernard Braun, Rainer Müller und Heinz Rothgang aus dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie Stefan Greß und Jürgen Wasem von der Universität Essen-Duisburg geleitet und mit dem Bericht „Repräsentation von Versicherten und Patienten in der GKV durch Selbstverwaltung und Kassenwahl“ von Bernard Braun, Martin Buitkamp, Stefan Greß, Karin Höppner, Daniel Lüdecke, Gerd Marstedt, Heinz Rothgang, Marcus Tamm, Jürgen Wasem abgeschlossen. Eine gestraffte Fassung dieses Berichts soll im Laufe des Jahres 2007 als Buch veröffentlicht werden.

schlechten Risiken nicht dazu bewegen, ihre Versorgungsangebote zu verbessern. Die Reform des RSA ist daher von zentraler Bedeutung, soll die Funktionalität des Exit-Mechanismus verbessert werden.

- Eine weitere Analyse einer experimentellen Fragestellung zeigt, dass die Vorteile einer neuen Kasse sehr hoch sein müssen, ehe gewechselt wird. Im Durchschnitt muss die neue Kasse um 5 Beitragssatzpunkte günstiger sein, ehe gewechselt wird.

3. Selbstverwaltung

Die Analyse der Entwicklung der Selbstverwaltung, Bevölkerungsumfragen und die Befragung der Mitglieder der GKV-Selbstverwaltung selber förderten eine Reihe für die Funktionsfähigkeit von Selbstverwaltung schwerwiegenden Funktionsdefiziten zu Tage.

- Die Legitimationsschwäche durch die Art der Durchführung bzw. die Nichtdurchführung der Sozialwahlen nahm auch bei der letzten Sozialwahl 2005 noch zu: So sank z. B. der Anteil der tatsächlichen Wähler an allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse von 14,8 % über 13,8 % auf zuletzt 9,74 %.
- Quantitative und qualitative Qualifikationsdefizite der Selbstverwalter: Unsere Ergebnisse zeigen, dass es sicherlich auch an einer ausreichenden *Anzahl* von Weiterbildungsangeboten mangelt. Ebenfalls defizitär sind aber die angebotenen *Inhalte*. Ähnlich wie bei Betriebsräten geht es auch bei der für Verwaltungsratsmitglieder notwendigen Kompetenz um mindestens zwei unterschiedliche Kompetenztypen, nämlich „Beteiligungskompetenz“ und eine sogenannte „triadische Kompetenz“. Während die Beteiligungskompetenz „Kompetenzen ... wie Selbstreflexion, Kommunikationsvermögen, Kooperations- und Teamfähigkeit, Konfliktverhalten“ umfasst, meint trianguläre oder triadische Kompetenz „die Fähigkeit, trotz widersprüchlicher Interessen, verschiedener Perspektiven und teilweise widerspenstiger Emotionen produktive Aushandlungsprozesse zu entfalten und immer wieder aufs Neue einen klärenden Rollendialog mit den zahlreichen anderen Rollenträgern ... zu gestalten“ (Tietel 2006a: 11) und „auftretende Widersprüche, ‚Sachzwänge‘ und Konflikte auszuhalten und zu balancieren, ohne in eine Richtung zu vereinfachen oder den Konflikt nach einer Seite hin abreißen zu lassen“ (Tietel 2006: 328). Hinzu kommt ein Problem der Überwindung von offenkundig existierenden Barrieren, die Selbsterkenntnis der Selbstverwalter über die Notwendigkeit der eigenen Weiterbildung in entsprechende Handlungen umzusetzen.
- Unzulängliche Nutzung der Handlungsmöglichkeiten bzw. unzulänglicher Umgang mit den gewandelten und vielfältiger und auch widersprüchlicher werdenden Handlungserfordernissen: Als *Fragen von grundsätzlicher Bedeutung* sehen die Selbstverwalter vor allem den Bereich Unternehmenspolitik und Beitragssatzstabilität und weniger die Kontakte zu Versicherten, Öffentlichkeitsarbeit, innovative Versorgungsformen und Qualitätssicherung. Dies ist zumindest eine sehr einseitige Schwerpunktsetzung und Auflöschung der eher noch zunehmenden Vielfalt komplexer Anforderungen und differenzierter Bedarfe.

Für eine notwendige Stärkung des Selbstverwaltungsmodus und seiner Akteure bedeutet dies weder die einfache Fortsetzung der bisherigen Problemlösungsversuche noch eine einfache Vorgehensweise.

- Es muss vorab Klarheit herrschen, dass die häufig ritualisierten Einzelaktivitäten und Maßnahmen à la „mehr Qualifikation“, Gründung eines „Infodienstes für Selbstverwalter“ und letztlich auch einer isolierten Verpflichtung zu Urwahlen nur einen sehr begrenzten Nutzen haben.
- Die Notwendigkeit einer Selbstvergewisserung über den Zweck von Selbstverwaltung muss offensiv und defensiv verdeutlicht werden. Offensiv bedeutet, dass die Wirksamkeit und Effizienz von Gesundheitsleistungen maßgeblich von einer konkreten und aktiven Nähe zu regionalen oder gruppenspezifischen Versorgungsbedarfen abhängt und Selbstverwaltung eine organisatorische Möglichkeit dieser Nähe ist. Defensiv meint, dass vor allem wegen der gerade auch in dieser Studie identifizierten Defizite aller bekannten und implementierten Alternativen Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung eine nicht ersetzbare Form für die Verbindung zwischen Versicherten- und Patientenbedarfen und der Allokation von GKV-Ressourcen sind.
- Das hierfür notwendige Selbstbewusstsein und die ebenfalls notwendige Schubkraft gegenüber dem Kassenmanagement und der Politik kann nicht „angelesen“, sondern muss aktiv erworben und hergestellt werden. Die Durchführung aktiver Selbstverwaltungswahlen ist unter den sozialen Rahmenbedingungen eine dafür sinnvolle Möglichkeit.
- Bei einer Verbesserung der Qualifikation von Selbstverwaltern muss es gleichrangig um den aktiven Erwerb von Beteiligungskompetenzen, triadischen Handlungsfähigkeiten sowie Wissensqualifizierung gehen.

4. Fazit

Ein zentrales Problem der Wirkungsweise von Kassenwechsel ist, dass zwar die Abwanderung das Management der Kasse alarmiert, jedoch unklar ist, warum die betreffenden Versicherten abgewandert sind – Kündigung und Kassenwechsel sind unspezifisch, sie lassen die Motivation für diesen Schritt nicht erkennen.

Darüber hinaus ist der Wahlmechanismus möglicherweise auch relativ träge. Auch können nur Mitglieder kündigen, während etwa Familienversicherten diese Reaktionsmöglichkeit auf Unzufriedenheit nicht zur Verfügung steht. Dies führt dazu, dass die Ankopplung des Kassenmanagements an die Wünsche und Präferenzen der Versicherten nicht eng ist.

In diesem Zusammenhang kann eine funktionierende Selbstverwaltung ein wichtiges Korrektiv zu den Defiziten des Kassenwahl-Mechanismus darstellen, indem sie quasi als „Marktforscher“ oder „Seismograph“ die Wünsche und Präferenzen der Versicherten erkennt und dafür sorgt, dass dies sich im Verwaltungshandeln des Kassenmanagements umsetzt. Im Dialog mit den Versicherten nimmt Selbstverwaltung in diesem Kontext die Aufgabe wahr, die Transformation der Versichertenwünsche in Kassenhandeln zu unterstützen, bereits deutlich bevor diese die Schwelle von zahlreichen Kündigungen erreicht.

Dies bedingt, dass die Selbstverwalter möglichst bekannt sind, so dass es realistisch ist, dass sich die Versicherten an sie wenden können, wie auch umgekehrt die Selbstverwalter aktiv auf die Versicherten zugehen müssen. Dies spricht für ein Modell der Selbstverwaltung, bei dem durch Wahlkampf die potenziell künftigen Selbstverwalter die Möglichkeit haben, sich den Versicherten zu präsentieren, um ihre Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Friedenswahlen erscheinen unter diesem Blickwinkel weniger geeignet als Urwahlen.

Inwieweit könnten Defizite im Selbstverwaltungsmechanismus durch den Mechanismus des Kassenwechsels kompensiert werden? Wenn der Fall betrachtet wird, dass der Selbstverwaltungsmechanismus nicht in der Lage ist, die Versichertenpräferenzen adäquat in die Krankenkassen zu transportieren, können zwei Konstellationen unterschieden werden:

- Liegen *homogene Präferenzen* der Versicherten vor, kann die Wechseloption dann zu einer Verbesserung des Selbstverwaltungsmechanismus beitragen, wenn die Versicherten unterschiedliche individuelle „Schwellenwerte“ haben, wann sie die Krankenkassen wegen Unzufriedenheit verlassen. Durch erste Kassenwechsel solcher Versicherter mit einem besonders niedrigen Schwellenwert werden die Selbstverwalter sensibilisiert, sich intensiver um die Präferenzen der Versicherten zu kümmern. Damit dies funktioniert, ist allerdings erforderlich, dass diejenigen Versicherten mit höheren Hemmschwellen auch bereit sind, die Unzufriedenheit so zu artikulieren, dass sie von der Selbstverwaltung in das Kassenmanagement transportiert werden kann.
- Bei *heterogenen Präferenzen* ist diese unterstützende Funktion des Kassenwechselmechanismus durch den Selbstverwaltungsmechanismus allerdings nicht möglich. Denn die Versicherten, die durch den Wechselmechanismus die Kasse verlassen, haben andere Präferenzen als diejenigen, die bleiben. Es gelingt daher nicht, durch den Selbstverwaltungsmechanismus die „richtigen“ Schlussfolgerungen aus dem Kassenwechsel in Bezug auf die Politik des Kassenmanagements abzuleiten.

Literatur

Tietel, Erhard (2006): Konfrontation – Kooperation – Solidarität. Betriebsräte in der sozialen und emotionalen Zwickmühle. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 79. Berlin.

Tietel, Erhard (2006a): Wenn die Rolle ins Rollen kommt – Betriebsräte als Grenzgänger zwischen Beschäftigten, Geschäftsleitung und Gewerkschaft. In: Akademie für Arbeit und Politik der Universität Bremen (Hrsg.) (2006): Wenn die Rolle ins Rollen kommt. Interessenvertretung im Wandel der betrieblichen Arbeitsbeziehungen. Arbeit und Politik Mitteilungsblätter, 18. Jg., Nr. 31/32. Bremen: 6–12.

(B.B.)