



**Institut für
Weiterbildung e.V.**
An der Fakultät
Wirtschafts- und



Konfliktpotentiale im strukturellen Wandel der gesetzlichen Krankenversicherung

Projektarbeit

Weiterbildung

Zum/r betrieblichen Konfliktberater/in

Dozentin

RA Silke Martini

vorgelegt von: A. G.

Datum: 28.02.2009

Konfliktpotentiale im strukturellem Wandel der gesetzlichen Krankenversicherungen

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung
2. Problemaufriss
3. Ist – Analyse
4. Beispielhafte Darstellung von Konflikten
5. Innenwirkung und Außenwirkung der Konflikte
6. Fazit

Einleitung

Kaum ein Zweig der sozialen Sicherung hat in der Vergangenheit so oft von sich reden gemacht wie die gesetzliche Krankenversicherung.

Nach der Verkündung der Kaiserlichen Botschaft durch Otto von Bismarck galt diese Absicherung im Krankheitsfalle einst wegweisend im System der sozialen Sicherung.

Geprägt durch die Reformversuche der letzten Jahre avanciert diese Säule der vier Grundpfeiler der sozialen Sicherung Deutschlands nun immer mehr selbst zum Kassenpatienten innerhalb der Europäischen Union.

Reformen fast schon im Jahrestakt, stellt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Kunden der Krankenkassen immer wieder neuen Herausforderungen durch massive Veränderungen der Leistungsbereitschaft, gegenüber.

Diese, durch politische Reformen häufig negativen Veränderungen führen auch zu Veränderungen der betrieblichen Kultur und haben somit auch Auswirkungen auf die Beziehungen all derer, die im Kontakt mit der gesetzlichen Krankenversicherung stehen.

Es soll durch diese Arbeit aufgezeigt werden, welche Konfliktpotentiale sich allein durch die Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsreformen zwischen den Beziehungsgruppen innerhalb des Systems der sozialen Sicherung entwickeln können.

Konflikte entstehen überall dort, wo Menschen sich in Systemen bewegen und miteinander in Beziehung treten.

Somit stellen sich die zentralen Fragen:

*„ Schadet die Veränderung des Krankenkassenmarktes der betrieblichen Kultur der Krankenkassen und damit auch der Versichertengemeinschaft. ?
Welche Konfliktpotentiale entstehen durch diese Veränderungen?“*

Problemaufriss

Um einen Einblick in die derzeitige Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, mit all den entstandenen Problematiken zu erhalten, müssen wir zunächst einen Rückblick in die Vergangenheit auf die Entstehung der sozialen Sicherung im Krankheitsfalle machen.

Mit der Verkündung der Kaiserlichen Botschaft durch den damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahre 1883 wurde die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt.

Hintergrund für die Schaffung des Systems war die Absicherung der verarmten Arbeiterinnen und Arbeiter im Krankheitsfalle, um ihnen dadurch eine ärztliche Behandlung zu ermöglichen.

So entstand die älteste Krankenkassenart in Deutschland, die allgemeine Ortskrankenkasse AOK, zu einem Zeitpunkt an dem die Säuglingssterblichkeitsrate 23% betrug und die durchschnittliche Lebenserwartung bei 39 Jahren lag.

Heute hingegen liegt die Säuglingssterblichkeitsrate bei unter 0,4% und wir dürfen uns über eine durchschnittliche Lebenserwartung von etwa 80 Jahren erfreuen.

Möglich macht dies unter anderem die hervorragende medizinische Versorgung in Deutschland, die ihresgleichen weltweit immer noch sucht.

Die stetige Weiterentwicklung, getrieben auch durch den technischen Fortschritt in der Medizin, hat aber auch einen hohen Preis.

Es bleibt festzustellen, dass gesundes Altwerden ein kostspieliges Unterfangen für die Solidargemeinschaft der gesetzlich krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger innerhalb Deutschlands darstellt.

Wobei wir hier zum Kernproblem aller derzeitig auf dem Markt tätigen Krankenversicherungen kommen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Finanzierung über eine nahezu paritätische Beitragslasttragung durch Versicherte, dies sind in der Regel Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und deren Arbeitgebern, getragen.

Seit dem 01.01.2009 werden die Beitragszahlungen in den so genannten Gesundheitsfond eingezahlt.

Aus der durch den Gesetzgeber festgelegten Umverteilung aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen, werden in erster Linie die Ausgaben für Leistungen an Versicherte gedeckt.

Aber auch die Ausgaben für Verwaltungskosten, wie z.B. die Gehälter und die Mieten, müssen aus den finanziellen Zuweisungen des Gesundheitsfonds getragen werden.

Die Finanzierungsform basiert auf dem Solidarprinzip. Hiernach haben alle Versicherten nahezu den gleichen Anspruch auf Leistungen, unabhängig wie hoch die individuelle Beitragsleistung ist.

Die Krankenkassen verpflichten sich durch Anwendung des § 12 SGB V dazu, dass diese Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das notwendige Maß nicht überschreiten.

Der wirtschaftliche Aufschwung der Bundesrepublik Deutschland bescherte der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich steigende Einnahmen. Dies ermöglichte den Krankenkassen, die Versichertengemeinschaft an den rasanten Fortschritten der Forschung in der Medizin teilhaben zu lassen.

Das dieser Aufschwung nicht ewig anhalten konnte, zeigte sich bereits Mitte der 70ziger Jahre.

Bedingt durch veränderte Arbeitsmarktprozesse und der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, entstand erstmalig eine Schieflage in der Finanzsituation der Krankenkassen.

Das gewohnt weit geöffnete Leistungsfüllhorn der Krankenkassen war plötzlich nicht mehr finanzierbar. Die Einnahmen der Krankenkassen deckten bei weitem nicht mehr die rasant steigenden Ausgaben des immer kostenintensiveren Leistungskataloges.

Was folgte waren stetige Beitragssatzanpassungen, die jene Beitragslast immer höher werden ließen.

Der Unmut der Versicherten und deren Arbeitgeber, die diese höhere Belastung gemeinsam zu tragen hatten, wurde immer größer. Die ersten ernsthaften Konfliktpotentiale waren geboren.

Da eine ständig wachsende Beitragsbelastung für die Versichertengemeinschaft aber langfristig nicht zumutbar war, versuchte die Gesetzgebung mit dem 1977 in Kraft getretenen Kostendämpfungsgesetz eine erste Reform im Gesundheitswesen zu installieren um diese Schieflage wieder in das erforderliche Gleichgewicht zu bringen.

Es sollten weitere Reformen folgen.

Insbesondere mit der Übernahme vieler Verordnungen der Reichsversicherungsordnung von 1911 in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) zum 01.01.1989, erfolgte eine deutliche Änderung des Systems durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG).

Weitere Reformen im Gesundheitswesen folgten bis zum heutigen Tage fast schon im Jahrestakt und veränderten so das Arbeiten bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Als letztes Gesetz trat im Jahre 2007 das GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) in Kraft, welches mit seinen Maßnahmen und Gesetzen die gesetzliche Krankenversicherung aktuell regelt.

Abschließend bleibt festzustellen, dass all die genannten Reformen zu erheblichen Einschränkungen für die Versichertengemeinschaft und für die Vertragspartner der Krankenkassen führte.

Die gewohnte, fast zuzahlungslose, allumfassende Leistungsversorgung wurde im Zuge der Reformen immer weiter eingeschränkt.

Nicht nur, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen durch neue Gesetze aus den Reformen einem permanenten Weiterbildungsstress ausgesetzt sind, sondern so haben sich die Kolleginnen und Kollegen in ihrer täglichen Arbeit auch dem steigenden Unmut der Kunden zu stellen.

Es darf vor allem nicht vergessen werden, dass bedingt durch die umfangreichen Kostendeckelungen, im erheblichen Maße auch das Personal der Krankenkassen reduziert wurde.

Was nun eintrat, ist eine kontinuierlich ansteigende Verdichtung der Arbeitsprozesse. Bedingt durch die zunehmende Bürokratisierung innerhalb der Reformen haben Aufwand und Inhalt der Arbeit für alle Betroffenen stark zugenommen.

Dies führt unweigerlich zu Veränderungen in der betrieblichen Kultur innerhalb der Häuser der gesetzlichen Krankenkassen.

Als Folge hieraus nehmen Konflikte am Arbeitsplatz mit Innenwirkung auf die Kolleginnen und Kollegen, aber auch im verstärktem Maße mit Außenwirkung auf die Kunden zu.

In der folgenden „Ist – Analyse“ werde ich auf den veränderten Markt innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eingehen.

Dabei steht zum einen der Umgang mit den neuen Aufgaben im Mittelpunkt und zum anderen aber auch die daraus resultierenden Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Insbesondere werde ich mich intensiv mit den sich in verstärktem Maße entwickelnden Konflikten aller Beteiligten im System der gesetzlichen Krankenversicherung auseinandersetzen.

Ist – Analyse

Spätestens mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes, dass ab dem 01.01.1993 Anwendung fand, begann eine neue Zeitrechnung für die Krankenkassen.

Dieses Gesetz machte es möglich, dass ab 1996 jeder das Recht der freien Kassenwahl im System der gesetzlichen Krankenkassen hat. Durch Einführung des GKV – Neuordnungsgesetzes von 1997- besteht zusätzlich die Möglichkeit seiner Krankenkasse die Kündigung auszusprechen. Dies gilt bis heute und wurde in einigen Bereichen immer wieder nachjustiert.

Fakt ist aber, dass Krankenkassen seither in einem für sie bis dato unbekanntem Wettbewerb stehen, der sich für ihre Kunden in erster Linie durch den Beitragssatz kaufentscheidend auswirkt.

Da mehr als 95% aller Leistungen der Krankenkassen durch den geltenden Leistungskatalog gleich sind, fällt es den Kassen immer schwerer, für ihre besondere Stärke zu werben.

Die Reformgesetze der letzten Jahre setzen immer mehr auf die Primärprävention, das bedeutet durch zielgerichtete Programme und Maßnahmen das Entstehen von Krankheiten zu vermeiden.

Es gilt der Grundsatz, dass vorbeugen kostengünstiger als heilen ist.

Auf dem deutschen Krankenkassenmarkt werben heute rund 250 gesetzliche Krankenkassen mit ihren "besonderen" Leistungen um Mitglieder.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich im Laufe der letzten Jahre immer mehr von einer Behörde zu einem modernen Dienstleister entwickelt, der empfindlich auf Veränderungen und Bedürfnisse am Markt reagiert. So definiert sich die heutige gesetzliche Krankenversicherung in erster Linie über die Produkte des Zusatznutzens, die Vorsorgemaßnahmen und der Servicequalität.

Diese Leistungen erhalten spätestens seit dem 01.01.2009 noch eine besondere Gewichtung, da seit diesem Zeitpunkt der Beitragssatz bei allen Kassen gleich hoch ist.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen bedeutet dieser Wettbewerb jedoch eine große Herausforderung, aber auch eine große Belastung.

Folgt man alten Wirtschaftsweisheiten, so müsste für einen erhöhten Aufwand an Arbeit aber auch eine Personalmehrung erfolgen, stets dem ökonomischen Prinzip folgend.

Schaut man aber auf die Personalzahlen der Krankenkassen, so könnte man meinen, dass hier versucht wird, das bekannterweise nicht mögliche Minimaxprinzip anzuwenden. Das bedeutet nach dem Minimalprinzip den geringsten Aufwand, aber nach dem Maximalprinzip den größten Erfolg zu erzielen. Hierbei handelt es sich um eine nicht realisierbare Mischform des ökonomischen Prinzips.

Wir dürfen nicht vergessen, dass mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 eine weitere Säule der sozialen Sicherung in das Haus der gesetzlichen Krankenversicherung integriert wurde.

Schon zum damaligen Zeitpunkt wurde dies von den Krankenkassen nahezu personalneutral umgesetzt.

Im Hause der AOK – Schleswig – Holstein ist seit dem Zusammenschluss der allgemeinen Ortskrankenkassen des Landes im Jahre 1994 bis zum heutigen Zeitpunkt ein Abbau des Personals von damals knapp 2500 Beschäftigten auf 1800 Beschäftigte erfolgt.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeutet dies in erster Linie, dass frei gewordene Stellen einfach nicht neu besetzt werden. Daraus resultiert eine unweigerliche Arbeitsverdichtung in den jeweiligen Aufgabenfeldern.

Allein schon diese Tatsache führt zu einer sehr hohen psychischen- und physischen Belastung der Betroffenen.

Auswertungen der Krankenkassen haben ergeben, dass die Anzahl der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischer Belastungen, wie z.B. das Burn-out-Syndrom, kontinuierlich angestiegen sind. Laut Finanztest liegt die psychische Ursache für Berufsunfähigkeiten schon bei 15% und steigt jährlich.

Immer wieder müssen neue Programme umgesetzt werden, um die Kosten der Leistungsausgaben zu senken.

Dabei müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen einen weiten Spagat machen um bei den betroffenen Kunden und Ärzten für die Notwendigkeit dieser Maßnahmen zu werben.

Qualitativ schlecht entwickelte Gesetze und Verordnungen führen zu unterschiedlichen Auslegungen der beteiligten Anwender.

So kommt es häufig zu Zuständigkeitsproblemen zwischen den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern.

Leidtragende sind die Kunden der Krankenkassen, für die sich erhöhte Wartezeiten bei Leistungsanträgen ergeben.

Die Unzufriedenheit entlädt sich dann innerhalb des Beratungsgesprächs bei dem Personal der Krankenkassen.

Neue Produkte müssen an die Kunden gebracht werden. Dies geschieht durch Werbe- und Verkaufsstrategien, die wir ansonsten nur von anderen Wirtschaftsbranchen kennen.

Aus diesem Grunde sehen viele Krankenkassen auch nicht mehr die klassische Ausbildung zum Sozialversicherungsangestellten für notwendig an. Stattdessen bilden sie den Nachwuchs verstärkt zum Gesundheitskaufmann aus.

Das Resultat hieraus sind erstklassige Verkäuferinnen und Verkäufer rund um das Produkt Krankenkasse und Gesundheit.

Der bislang sehr hoch angesiedelte fachliche Umgang mit den Gesetzen tritt immer mehr in den Hintergrund.

Rankinglisten in den einzelnen Teams über die erreichten Ziele und Verkäufe führen zu Leistungsdruck, Konkurrenzkampf und Neid unter den Kolleginnen und Kollegen.

All dies führt zu einer Veränderung der betrieblichen Kultur in höchst bedenklichem Maße.

In den folgenden Beispielen gehe ich näher auf die aktuellen Konfliktsituationen innerhalb der Krankenkassen ein.

Beispielhafte Darstellung

Die durch den Gesetzgeber initiierten "Disease Management Programme" auch DMP-Programme sollen zur Kostensenkung der Leistungsausgaben bei chronisch erkrankten Versicherten führen.

Daher müssen die Krankenkassen spätestens seit 2004 diese Programme umsetzen. Hierbei gilt es in erster Linie die Ärzte zur Durchführung und Dokumentation für diese Programme zu gewinnen.

Auch müssen die Kunden der Krankenkassen, für die diese Programme in Frage kommen, von der Notwendigkeit der Teilnahme überzeugt werden.

Hintergrund ist neben der besseren medizinischen Versorgung, die Zahlung von Prämien pro Teilnehmer in den Haushaltstopf der Krankenkassen.

Das Kontaktieren der Kunden und der Ärzte geschieht durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen.

Diese neue Aufgabe ist mit einer erheblichen Mehrarbeit behaftet, die neben dem originären Tagesgeschäft ebenfalls erledigt werden muss.

Hierbei werden Ärzte und Kunden immer wieder telefonisch, schriftlich aber auch persönlich durch die Krankenkasse kontaktiert bis diese schlussendlich überzeugt oder genervt in das Programm einwilligen.

Die Führungskräfte erhalten sogenannte Kundenpotentiale die sie zur Betreuung an das Team weiterreichen.

Jeder Kontakt und jedes Ergebnis muss dokumentiert werden, sodass hier eine unvorstellbare Leistungs- und Verhaltenskontrolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattfindet.

Die Kolleginnen und Kollegen fühlen sich nach deren Aussagen wie Handyvertragsverkäufer oder schlimmer noch wie Zeitungsdrücker.

Insbesondere ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter klagen darüber, dass dies nicht mehr der Beruf sei den sie einmal erlernt haben. Hier ist ganz deutlich die Entstehung eines Konfliktes aufgrund moralischer Einschränkungen zu erkennen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich nicht mehr mit ihrem Beruf identifizieren, da die neuen Handlungsweisen für den erlernten Beruf nicht zu Vertreten sind. (vgl.

Skript Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Recht als Konfliktlösungsinstrument und die Komponente der Gerechtigkeit) S.6)

Hingegen jüngere häufig nicht das Problem haben die Kunden aktiv auf diese Neuerungen anzusprechen, treten bei ihnen vermehrt Probleme mit dem Leistungsdruck auf.

Hierbei steht auch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, als mögliches erleben eines Schadens im Vordergrund. Nach der von Abraham H. Maslow vor ca. 60 Jahren entwickelten Bedürfnispyramide wird hier das Sicherheitsbedürfnis, insbesondere das der Daseinssicherung und der Zukunftsvorsorge berührt. (vgl. *Skript Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater Anlage 4; Abraham H. Maslow, Motivation und Persönlichkeit; Ollen 1977)*

Durch die Bekanntgabe von Ergebnissen in Teamsitzungen und den für alle einzusehenden Dokumentierungen in der EDV wird hier eine unsagbare Konkurrenzsituation innerhalb des Teams geschaffen.

Problematisch ist vor allem, dass nicht alle Teammitglieder auch wirklich die gleichen Voraussetzungen haben.

So müssen nach den Vorstellungen der Führungskräfte die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Teilzeit beschäftigt sind, nahezu die gleiche Menge an Programmpotentialen abarbeiten wie Vollzeitbeschäftigte.

Folgt man den wissenschaftlichen Ausführungen zur Konfliktforschung, ist eindeutig zu erkennen, dass hier ein Konflikt auf der Basis des Verstoßens gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz entsteht. Im weiteren Verlauf kann dieses zu einer Mischung aus einem Sach- und Beziehungskonflikt, einem so genannten Doppelkonflikt, führen (vgl. *Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Konflikt und Konfliktanalyse)-; S.6)*

Da sich aber Kunden, bedingt durch deren Tagesbeschäftigung, nun einmal am besten ab 17:00 Uhr erreichen lassen fällt es Müttern und Vätern, die auch familiäre Verpflichtungen haben schwer, die vorgeschriebenen Ziele zu erreichen.

Teilzeitkräfte, die nur in den Vormittagsstunden arbeiten, haben nahezu keine Möglichkeiten, die vorgegebenen Ziele zu erreichen.

Bei Krankheit und Urlaub müssen die Kolleginnen und Kollegen innerhalb des Teams die Potentiale der Abwesenden ebenfalls mitbetreuen.

So entsteht häufig ein hochexplosives Stimmungsgemenge innerhalb des Teams, das nicht gerade einer konstruktiven Teamarbeit zuträglich ist.

Konflikte mit der Führungskraft, aber auch Konflikte durch die Konkurrenzsituation mit den eigenen Teammitgliedern nehmen deutlich zu.

Der Kunde steht hier häufig zwischen allen Fronten, da er einerseits den Druck durch die Krankenkassen aushalten muss, aber auch andererseits Ärzte vorfindet, die die Notwendigkeit dieser Programmen nicht einsehen.

Dies lassen sie ihre Patienten auch deutlich spüren, in dem die Ärzte darauf hinweisen, dass sie keine Zeit dafür hätten und von der Krankenkasse auch zu wenig Geld für ihre Arbeit bekämen.

Durch diese Dinge verunsichert, lassen die Kunden der Krankenkassen auch gern den Unmut an den Kundenberaterinnen und Kundenberatern ab.

Dies führt zu einer weiteren enormen Belastung und zu Konflikten, die auch schon einmal innerhalb eines Beratungsgesprächs eskalieren können.

Der hier entstehende Konflikt ist zunächst als reiner Sachkonflikt zu bewerten, der aber auch zu enorm hohen Spannungen auf der Beziehungsebene führen kann. Hierbei hat der Kunde ein aktuelles Schadenerlebnis, insofern, dass er sich von den Beratern der Krankenkassen stark unter Druck gesetzt fühlt. (vgl. *Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Konflikt und Konfliktanalyse)*; S.6)

Ein weiteres großes Konfliktfeld eröffnet sich in den Bereichen der Krankengeldabteilungen bei den Krankenkassen.

Da dies ein ständig wachsender Ausgabenbereich der Krankenkassen ist und somit den Haushalt stark belastet, wurde bei den meisten Häusern ein Kostenmanagement eingeführt.

Hierbei ist die Zielsetzung eindeutig, es muss versucht werden mit fast allen Mitteln die Krankengeldzahlungszeiten so kurz wie möglich zu halten.

Die Krankengeldteams werden hierzu besonders geschult. Es werden zahlreiche Beratungsgespräche mit den erkrankten Versicherten geführt, mit dem Ziel, diese dazu zu bewegen, möglichst schnell die Arbeit wieder aufzunehmen. Auch wenn die Krankheit noch nicht auskuriert wurde.

Der Druck und die angewandten Mittel sind mit Sicherheit nicht immer mit der Auffassung und der inneren Einstellung der Kolleginnen und Kollegen in den Teams zu vereinbaren.

Viele Kolleginnen und Kollegen berichteten mir in Einzelgesprächen darüber, dass sie ein Problem mit ihrer Handlungsweise hätten. Für viele sei es moralisch verwerflich, schwer krebserkrankte Versicherte an andere Leistungsträger zu verweisen, da man davon ausgehen könne, dass sie keinerlei Heilungschance mehr hätten.

Dies bedeutet, dass die Krankengeldzahlung als Entgeltersatzleistung nicht mehr die richtige Leistungsart sei. Sondern hier die Bundesagentur für Arbeit, beziehungsweise die Arbeitsgemeinschaft, als Leistungsträger mit Sozialhilfe, oder sogar die Rentenversicherung mit Rentenleitungen eintreten müsste.

Abgesehen, dass diese Handlungsweise rechtlich schon sehr fraglich ist, dürfen die zuständigen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter dies natürlich innerhalb des Beratungsgesprächs dem Versicherten nicht so eindeutig sagen.

Für die meisten stellt diese Vorgehensweise einen enormen ethischen Konflikt dar, da sich dieser Sachkonflikt für viele nicht mehr mit der eigenen Werthaltung vereinbaren lässt.

Hier versuchen die Krankenkassen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Geld zu ködern.

So werden Zielvereinbarungen mit den Kolleginnen und Kollegen geschlossen, die nicht mit den Einzelnen, sondern als Kollektivziel mit dem gesamten Team getroffen werden. Die Ziele, beziehungsweise die Zahlen die erreicht, werden müssen, werden hier vom Arbeitgeber über die Teamleiter vorgegeben.

Auch hier wird ein enormer Arbeitsdruck erzeugt.

Durch teilweise von den Personalräten abgesegnete Kontrollmaßnahmen werden die Führungskräfte ermächtigt personenbezogene Ergebnisse abzufragen. Diese werden von Controllern aufbereitet und an die Geschäftsstellenleiter und die Bezirksdirektoren weitergegeben. So entsteht dabei der gläserne Mitarbeiter.

Nach den neusten Vorhaben werden diese Ergebnisse dann auch kollektiv im Kreise der Kolleginnen und Kollegen bei der nächsten Teamsitzung vorgestellt und diskutiert.

Laut Aussagen der Vorstände der Krankenkassen dient dieses nur zum persönlichen coachen der Beraterinnen und Berater, denn man wolle ihnen ja schließlich nur helfen. Arbeitsrechtliche Maßnahmen sollen hievon keineswegs abgeleitet werden.

Hier müssen sich die von den Maßnahmen betroffenen Kolleginnen und Kollegen nicht nur vor den teilweise völlig verzweifelten erkrankten Kunden rechtfertigen, sondern auch vor den anderen Teammitgliedern.

Der sich hieraus ergebende Konflikt geht in vielerlei Richtungen. Dauerhafte, mit der eigenen Werthaltung, ethisch und moralisch nicht zu vereinbarende Handlungsweisen führen zu Depressionen und anderen Krankheitsbildern. Dies belegen auch die Studien der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsgründen.

Ein weiteres Problem stellt das gruppenspezifische Verhalten dar. Da alle an dem Ziel der Kostensenkung arbeiten und hierfür bei Erfolg auch besonders entlohnt werden, kommen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deren Erfolge bei der Zielerreichung nicht dem Teamdurchschnitt entspricht bei den anderen Teammitgliedern schnell ins Gerede.

Als Ergebnis musste ich schlimmste Formen der Eskalation erleben, wie sich beispielsweise Mitglieder aus dem Team über eine Kollegin beschwerten, die es offensichtlich nicht schaffte die vorgegebenen Ziele annähernd zu erreichen.

Es wurde versucht diese Mitarbeiterin aus dem Team zu drängen, ohne das geschaut wurde, was für ein Grund hinter den schlechten Zahlen stehen könnte.

Das Team hatte seine Erklärung für das vermeintliche Nichterreichen ihrer Ziele in Person der besagten Kollegin gefunden.

Die sich hier entwickelnde Gruppendynamik war innerhalb des Konfliktes besorgniserregend zu beobachten. War es zuerst nur die Beschwerde einer Einzelnen, so stand nachher fast das gesamte Team dahinter.

Gespräche des Personalrates ergaben, dass diese Kollegin nur in Teilzeit beschäftigt war, da sie als allein erziehende Mutter noch eine andere Verpflichtung wahrnahm. Leider war auch ihre kleine Tochter innerhalb des Jahres häufig erkrankt, sodass sie im Hause bleiben musste. Für das Team stand der finanzielle Schaden und auch der Schaden im Ansehen im Vordergrund. Hierdurch rechtfertigten sie die Handlungsweise (vgl. Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Konflikt und Konfliktanalyse); - rechtfertigende Handlungsweise-)

„ In Zwischenmenschlichen Konflikten reicht es schon, wenn sich nur ein Beteiligter in seiner Handlungstendenz eingeschränkt fühlt und die Gründe hierfür dem Anderen zuschiebt. Er oder Sie wird in einem solchen Fall durch sein Verhalten dem anderen Beteiligten gegenüber versuchen, die Beeinträchtigung unwirksam zu machen oder einen Ausgleich zu finden“ (vgl. Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Konflikt und Konfliktanalyse); S.4)

Durch die Einführung dieser Leistungs- und Verhaltenskontrollen ist es möglich, die vermeintlich schwächsten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Teams für den Gesamtmisserfolg verantwortlich zu machen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer sensibleren Werthaltung sind in diesen Fällen die Verlierer, da für sie häufig auch der soziale Auftrag und Gedanke noch im Vordergrund steht. Für sie steht die Beachtung des kategorischen Imperatives von Immanuel Kant im Vordergrund.

„Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Rechtssprechung dienen könne“ (Immanuel Kant 1724-1804)

Bezogen auf unsere Problematik lässt sich folgende Ableitung anwenden:

„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck niemals bloß als Mittel brauchest“ (vgl. Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Konflikt und Konfliktanalyse); - Unternehmenskultur)

Hingegen anders strukturierten Kolleginnen und Kollegen die Umsetzung von Einsparmaßnahmen zu Lasten der Erkrankten wesentlich leichter fallen.

Im Zuge dieser Konfliktsituationen wurden bereits auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in andere Abteilungen versetzt, da sie angeblich ihre Ziele nicht erreicht haben.

Dies führt für die Betroffenen zu einem unglaublichen Ansehensverlust innerhalb des Betriebes.

Wie in den genannten Beispielen bereits beschrieben, schließen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vielen Bereichen so genannte Zielvereinbarungen ab, in denen sie sich dazu verpflichten besonders hohe Arbeitsleistungen zu erbringen.

Als problematisch anzusehen, ist hierbei das unglaubliche Missverhältnis bei der Entlohnung für erreichte Ziele.

Viele Führungskräfte der obersten Führungshierarchie sind ebenfalls an dem Erfolg der einzelnen Teams beteiligt, erhalten jedoch eine deutlich höhere Prämienzahlung bei der Zielerreichung, als die direkt für den Erfolg verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Meines Erachtens nach, liegt auch hier ein Verstoß gegen die Prinzipien der Gleichbehandlung vor. Der Sachbearbeiter empfindet ein konkretes Schadenserleben, durch die geringere Entlohnung im Gegensatz zu seiner Führungskraft, als Folge der austeilenden Gerechtigkeit. “ (vgl. Skript: Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Recht als Konfliktlösungsinstrument und de Komponente Gerechtigkeit); S.9 P.1.3.4.2)

Ein außertariflicher Arbeitsvertrag ermöglicht ihnen diesen Bonus. Kunden, Ärzte und andere Vertragspartner, die von diesen Zulagenzahlungen hören, haben hierfür keinerlei Verständnis. Dies ist auch gut nachzuvollziehen, denn häufig setzen sich die Krankenkassen über die Meinung des behandelnden Arztes hinweg, was zum Beispiel die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit anbelangt,.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen dann den Druck der zum einen von dem Unternehmen Krankenkasse gemacht wird und zum anderen den Druck der durch Ärzte und die betroffenen Versicherten erzeugt wird, aushalten.

Der hierbei entstehende Konflikt lässt sich einerseits in den Bereich der verteilenden und ausgleichenden Gerechtigkeit und andererseits in den Bereich des inneren Konfliktes einordnen.

Beteiligt sind hier die unterschiedlichen, Systeme mit den unterschiedlichen Interessen, in denen sich die Konfliktparteien bewegen.

So hat zum Beispiel der Arzt eine eher untergeordnete Interessenlage an den Haushaltseinsparungen der Krankenkassen . Für ihn steht in erster Linie die Wiederherstellung der Gesundheit seines Patienten im Vordergrund.

Für den Versicherten steht neben seiner Gesundheit natürlich auch die finanzielle Absicherung an erster Stelle.

Bei den Führungskräften steht der Verlust von Geld und Ansehen gegenüber den Vorständen zur Disposition.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben arbeitsrechtliche Maßnahmen zu befürchten.

„ Die persönliche Bedeutung des jeweiligen Konfliktes kann für die einzelnen Beteiligten sehr unterschiedlich und tiefgreifend sein; von einer unbedeutenden Lappalie bis zum Gefühl großer Angst oder gar existenzieller Bedrohung“ (vgl. Skript:

*Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater (Gesprächsführung und Konfliktmanagement) –
Teil 2: Konflikte bearbeiten)*

Es scheint sich bei dem Wandel der Krankenkassenlandschaft ein Prozess verselbstständigt zu haben, der es der obersten Führungshierarchie ermöglicht, den Wert der Arbeit der Beschäftigten nach Gutsherrenmanier festzulegen.

Anders lässt es sich wohl kaum erklären, dass in den unteren und mittleren Gehaltsstufen eine kontinuierliche Absenkung erfolgt. Hingegen in der ersten Führungsebene Einschränkungen durch die besagten außertariflichen Verträge umgangen werden, die dann ebenfalls zusätzlich hohe Erfolgszulagen möglich machen.

Vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sind und somit unter einer besonderen Art der Aufsicht durch den Staat unterliegen, halte ich diese Entwicklung mittelfristig für fraglich und gefährlich.

Nach geltendem Recht ist es einer Körperschaft des öffentlichen Rechts untersagt Profite zu machen, die über das Maß der Haushaltsdeckung und Finanzrückstellung hinausgehen.

Das Verhalten der sich selbst zu Chefs ernannten Führungskräfte ist mit dieser gesetzlichen Regelung jedoch nicht kongruent. Vielmehr entspricht es dem Verhalten von Unternehmen die profitorientiert auf dem freien Markt tätig sind.

Dies sind unter anderem auch Gründe dafür, warum die Krankenkassen und insbesondere deren Vorstände immer wieder in die öffentliche Kritik geraten.

Innenwirkung und Außenwirkung der Konflikte

Das diese geschilderten Probleme jedoch nicht ohne Verlust von Reibung stattfinden können, versteht sich von selbst.

Wie schon im Vorangegangenen geschildert, haben sich erhebliche Veränderungen in der betrieblichen Kultur ergeben.

War es in der Vergangenheit eher ein kollegiales Verhalten miteinander, so zeigt sich aktuell eher ein Kampf um die besten Ausgangspositionen im Unternehmen.

Soziale Aktivitäten, wie zum Beispiel Betriebsausflüge, Betriebssport und sogar festliche Anlässe, wie Betriebsfeste, werden längst nicht mehr von der Mehrheit der Beschäftigten genutzt, um auch soziale Kontakte außerhalb der Arbeitszeit zu knüpfen.

Es gilt mehr und mehr der Grundsatz über die Tätigkeit hinaus möglichst wenig Berührungspunkte mit dem Unternehmen zu haben.

Zwar wird der Teamgeist mit Sprüchen von den Führungskräften die an Durchhalteparolen erinnern "gefördert", nur es glaubt halt keiner daran.

Befragt man Kolleginnen und Kollegen, so erhält man häufig die Antwort, dass man es ja nicht ändern könne. Das Unternehmen macht sich eben keine Gedanken über die Gefühle und die Motivation seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Insofern muss man ein gewisses Verständnis für das Verhalten der Kolleginnen und Kollegen aufbringen, wenn soziale Kontakte am Arbeitsplatz nicht mehr gepflegt werden.

Weitere gefährliche Aspekte sind die innere Kündigung oder auch die Ellenbogenkollegialität, die es nur denen ermöglicht im Unternehmen Erfolge zu erzielen, in dem sie in ihrem Handeln auf das Befinden anderer Kolleginnen und Kollegen wenig Rücksicht nehmen.
Stets bemüht, sich selbst die beste Position zu verschaffen.

Hat sich innerhalb eines Teams erst einmal diese Verhaltenweise durchgesetzt, wird es für alle schwer weiterhin erfolgreich zu arbeiten.

Die Motivation im Team und die Kämpfe um die „besten Plätze“ werden unweigerlich zunehmen.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten werden in der Länge , aber auch in der Häufigkeit zunehmen und die Arbeitsbelastung immer unerträglicher werden.

Geprägt durch diese Veränderungen der betrieblichen Kultur ist auch zunehmend eine Veränderung im Umgang mit den Kunden und Vertragspartnern zu verzeichnen.

War dieses in der Vergangenheit eher partnerschaftlich geprägt, so fällt jetzt eher ein eher sehr nüchterner sachlicher Ton auf.

Grundsätzlich wäre gegen ein professionelles, geschäftliches Vorgehen ja nichts einzuwenden, allerdings sind auf dieser Basis die Grenzen zu einer Konfrontation eher fließend.

So kommt es häufig vor, dass Kunden, aber auch Vertragspartner, wie zum Beispiel Ärzte, den Unmut der Beschäftigten der Krankenkassen in den Beratungsgesprächen spüren.

In diesem Reizklima ist aber ein partnerschaftliches, zum Wohle des Versicherten, Handeln schwierig möglich, sodass häufig verhärtete Fronten übrigbleiben.

Eine Reihe kalter Konflikte entsteht und führt immer mehr zu einem Schaden des Ansehens in der Öffentlichkeit und noch weitreichenderer Ausmaße, aber auch immer mehr zu einem betriebswirtschaftlichen Schaden.

Dieser beeinträchtigt dann den Erfolg der Krankenkasse in erheblichen Maße.

Fazit

Der Markt der gesetzlichen Krankenkassen entwickelt sich proportional zu den Veränderungen in der freien Wirtschaft und macht damit deutlich, dass es sich hier nicht um ein in sich geschlossenes und besonders geschütztes System handelt.

Vielmehr haben auch die globalen wirtschaftlichen Entwicklungen, Einfluss auf die Haushalte der Krankenkassen.

Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach auch nicht mehr zurücknehmen lassen, sodass die Beschäftigten mit dieser Entwicklung wohl leben müssen.

Die "gute alte" Kollegialität wird in Zukunft wohl immer mehr ins Hintertreffen geraten und durch Konkurrenz am Arbeitsplatz verdrängt werden.

Hierbei könnte die gern gepriesene Identifikation und die Loyalität der Beschäftigten mit dem Unternehmen Krankenkasse ebenfalls auf der Strecke bleiben.

Fakt ist auch, dass in den Unternehmen die Konfliktmöglichkeiten stark angestiegen sind und Personalräte, wie auch Gerichte "alle Hände voll" zu tun haben um bereits eskalierte Konflikte wieder in vernünftige Bahnen zu lenken.

In Zukunft werden die Krankenkassen präventiv mehr eingreifen müssen um sich möglichst schadensfrei zu halten.

Erste Schritte können hier das Implementieren von professionellen, betrieblichen Konfliktberatern sein, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, und hier sind auch die Führungskräfte gemeint, beratend zur Seite stehen.

Würde diese Problematik weiterhin unbearbeitet bleiben, ist auch davon auszugehen, dass die krankheitsbedingten Ausfälle am Arbeitsplatz weiterhin ansteigen.

Einer Studie der Techniker Krankenkasse zur Folge haben die psychosomatischen Erkrankungen und das Burn-out-Syndrom in der Arbeitswelt innerhalb der letzten Jahre dramatisch zugenommen und diese werden weiter ansteigen, wenn keine Lösungen gefunden und umgesetzt werden

Wir können feststellen, dass es sich hier nicht um ein alleiniges Problem der gesetzlichen Krankenkassen handelt, sondern sich auf nahezu alle Wirtschaftsbereiche beziehen lässt.

Die Krankenkassen sind hier also in bester Gesellschaft.

Nach dem Verlassen der Insel der Glücksseeligkeit ein herzliches Willkommen in der rauen Realität.

Literatur

Bei der Erstellung dieser Arbeit habe ich wertvolle Hinweise aus folgenden Büchern und Skripten genutzt:

- AOK Bundesverband, Die Gesundheitskasse, Bonn 2008
- Bandelow, Dr. Nils: Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, Braunschweig 2006
- Hundt, Dr. Dieter: Gesetzliche Krankenversicherung: Stabilität bewahren – Flexibilität erhöhen, Berlin 2008
- Martini, Silke: Seminarskript Weiterbildung zum betrieblichen Konfliktberater
- Renate Niedermeier, Reiner Müller: Neue Aufgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Wiesbaden 2001
- Urban, Brigitte: Mehr Wettbewerb im System der GKV, 2006