

report bremen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

März 2011

ersatzkassen

Gute und schlechte Nachrichten

Das Jahr 2010 hat der gesetzlichen Krankenversicherung zwei bemerkenswerte Gesetze beschert, die bei den gesetzlichen Krankenkassen unterschiedliche Reaktionen auslösen: Das GKV-Finanzierungsgesetz und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG. Beide Gesetze haben gemeinsam, dass sie einen Paradigmenwechsel beschreiben.

Die mit dem AMNOG in weiten Teilen gelungene Strukturreform im Arzneimittelbereich kann grundsätzlich nur befürwortet werden. Mit Einführung der Nutzenbewertung bei Arzneimitteln hat der

In dieser Ausgabe:

- **Pflegenoten:**
In Bremen sind alle Anbieter geprüft!
- **Zehn Jahre Prüfgruppe**
Abrechnungsmanipulation in Bremen
- **Auf dem Weg zur Sozialwahl 2011 –**
Interview mit dem Bundeswahlbeauftragten

Gesetzgeber ein Instrument zur Frühbewertung eingeführt, das Präparate mit wirklichem Zusatznutzen von sogenannten Scheininnovationen unterscheiden soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll demnach das neue Produkt anhand eines Dossiers des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach seiner Markteinführung prüfen. Wenn kein Zusatznutzen gegenüber auf dem Markt befindlichen Vergleichsprodukten feststellbar ist, unterliegt es der Festbetragsregelung und ist somit an den Preis von Medikamenten seiner Wirkstoffgruppe gebunden. Ist ein Zusatznutzen belegt, können die Krankenkassen mit dem Hersteller einen Rabatt auf den von ihm festgelegten Preis verhandeln.

Kritik an dem seit 1. Januar geltenden Gesetz gibt es an zwei Stellen: Zum einen daran, dass der Hersteller und nicht ein unabhängiges Gremium die Studien für das Dossier zum Arzneimittel vorlegt und zum anderen, dass der Hersteller vor den Verhandlungen mit den Kassen jeden Preis für das neue Arzneimittel festlegen kann – sei er noch so unrealistisch. Für den Fall, dass sich Hersteller und Kassen nicht einigen

können, ist die Entscheidung durch ein Schiedsamt vorgesehen.

Ob das AMNOG also die von Minister Rösler angekündigten Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro halten kann, wird sich in den nächsten Monaten zeigen. Fest steht, dass die Richtung des Gesetzes, dass nämlich der Hersteller in Bezug auf den Nachweis des Zusatznutzens eine Bringschuld zu erfüllen hat, richtig ist.

Einen Wechsel in eine völlig andere Richtung hat die Politik mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeschlagen. Hier wurde über den Zusatzbeitrag der Einstieg in ein Prämiensystem eingeleitet. Einkommensunabhängige Prämien und das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags bedeuten die Aufkündigung des sozialen Paktes zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und die Individualisierung des Krankheitsrisikos. Für Geringverdiener gibt es einen Sozialausgleich, der bis 2015 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt werden soll und damit fast ausschließlich aus Beitragsmitteln der Krankenversicherung.

DER KOMMENTAR



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Was sind uns die Errungenschaften der sozialen Sicherungssysteme wert? Diese Frage muss sich die Gesellschaft angesichts deren langsamen Demontage in den vergangenen Jahren fragen. Das allseits gepriesene Wundermittel „Privatisierung durch Kapitaldeckung“ hat seine Zauberkraft längst verloren. Angesichts der mageren Erträge von Riester-Verträgen für die private Altersvorsorge und der hohen Verlustrisiken an den Kapitalmärkten sind nur zwei Dinge sicher: Die Versicherungsunternehmen sind immer die Gewinner und wer sein Ersparnis an den Kapitalmärkten investiert, kann unter Umständen auch alles verlieren.

Ob und in welchem Maße die demografische Entwicklung die Kosten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhöhen wird, ist noch nicht absehbar. Klar ist jedoch, dass nach dem Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge allein die Versicherten zukünftige Kostensteigerungen zu schultern haben. Dies ist für die gesetzliche Krankenversicherung bereits entschieden.

Die Ersatzkassen haben sich in ihrem Positionspapier zur Pflegeversicherung als Gegenentwurf zur Privatisierung des Pflegerisikos für eine Nachhaltigkeitsreserve innerhalb der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung ausgesprochen. Diese sollte im Gegensatz zur individualisierten Kapitaldeckung von Versicherten und Arbeitgebern zusammen aufgebaut werden.

Zunächst muss sich Minister Rösler allerdings fragen lassen, wozu der Ausstieg aus der Solidarität notwendig sein soll, wenn Experten angesichts der stark anziehenden Konjunktur davon ausgehen, dass der aktuelle Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 1,95 Prozent noch bis Anfang 2014 ausreicht und auch danach bis 2020 nur moderat auf 2,1 Prozent ansteigen müsste.

Nun ist als nächstes Reformprojekt die zukünftige Finanzierung der Pflege zu erwarten. Während mit dem Weltgesundheitsbericht jüngst festgestellt wurde, dass auch in Industriestaaten viele Menschen mit den Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall überfordert sind und daher wirksame Konzepte für eine sozial gerechte Finanzierung anmahnt, will Bundesgesundheitsminister Rösler nach dem Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung in der Krankenversicherung auch auf die Privatisierung des Risikos von Pflegebedürftigkeit setzen.

Bei der für das nächste Jahr angekündigten Reform sollte nach dem Schema der gerade beschlossenen Gesundheitsreform vorgegangen werden:

In einem ersten Schritt den Beitrag für Arbeitnehmer und Arbeitgeber anheben, anschließend den gemeinsam finanzierten Satz einfrieren. Künftige Kostensteigerungen müssten dann auch in der Pflegeversicherung allein von den Versicherten getragen werden. Anders als bei der Krankenversicherung war vorgesehen, dass dies über den Aufbau einer Kapitalreserve geschieht, die jeder Versicherte über eine private Versicherung für sich hätte aufbauen müssen.

Die Mitgliederversammlung des vdek hat in einer Sondersitzung ein Positionspapier zur zukünftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung verabschiedet, das die Sinnhaftigkeit einer kapitalgedeckten Finanzierung infrage stellt und sich deutlich für die Beibehaltung der paritätischen Finanzierung und gegen eine unsoziale Privatisierung des Risikos von Pflegebedürftigkeit ausspricht.

Diese und andere kritische Stimmen in der öffentlichen Diskussion über die geplanten Reformschritte haben das Bundesgesundheitsministerium zunächst das Projekt auf Eis legen lassen. Neben der entsolidarisierenden Komponente wurden auch mit den hohen Kosten von Privatversicherungen argumentiert. Wie sich bei der privaten Vorsorge über Riester-Verträge zeigt, ist die Sparrate durch solche Verträge eher gering, da die Gebühren und Verwaltungskosten der Versicherungen diese zum großen Teil tilgen.

Bundesgesundheitsminister Rösler hat nun für den Sommer neue Eckpunkte für eine Pflegereform angekündigt. Darin will er zunächst die Situation pflegender Angehöriger verbessern. Was bezüglich der Finanzierung geplant ist, wird derzeit noch nicht kommuniziert.

Pflegenoten:

In Bremen sind alle Pflegeanbieter geprüft!

Pflegeskandale und regelmäßig erscheinende Berichte über teilweise gravierende Pflegemängel haben die Qualität der Pflege in Deutschland immer wieder grundlegend infrage gestellt. Das war zum einen im Interesse der Betroffenen nicht hinzunehmen. Zum anderen wirft die schlechte Pflegequalität weniger Anbieter ein schlechtes Licht auf die Mehrzahl der Heime und Pflegedienste, die gut und engagiert arbeiten.

Für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen war es bisher kaum möglich, sich eigenständig einen Überblick über die Qualität der Einrichtungen und Dienste zu verschaffen. Berichte, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) über die Anbieter anfertigt, waren nicht zur Veröffentlichung gedacht und verblieben bei den Krankenkassen und ihren Verbänden. Diese reagierten im Falle schlechter oder bedenklicher Qualität mit

schriftlichen Aufforderungen, verschärften Prüfungen und auch Schließungen. Eine Offenlegung der Prüfergebnisse für Versicherte und Angehörige war rechtlich nicht vorgesehen. Erst mit dem Pflege-transparenzgesetz wurde 2008 die Grundlage für eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse des MDK gelegt. Auch die Häufigkeit der Kontrollen wurde mit dem Gesetz erhöht. Wurde bisher eher anlassbezogen geprüft, legt das Gesetz nun fest, dass bis Ende 2010 alle Einrichtungen und Dienste einmal unangemeldet vom MDK geprüft sein sollten und die Kontrolle danach jährlich erfolgen muss.

Laienverständliche Bewertung

Da es für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wenig hilfreich wäre, einen kompletten Prüfbericht des MDK lesen zu müssen, wurde ein Muster entwickelt, nach dem die Prüfberichte

ausgewertet und benotet werden. Die Aufgabe der Umwandlung eines solchen Berichts in eine laienverständliche Bewertung erledigt eine zentrale Stelle, die für die Berichte aus allen Bundesländern zuständig ist. So wird der Fachbericht für die Betroffenen verständlich und erhält am Ende eine Note für die Qualität der Einrichtungen von „sehr gut“ bis „mangelhaft“.

Die Bilanz nach zwei Jahren Pflege-transparenzgesetz und einem Jahr Pflegenoten kann sich sehen lassen: In Bremen wurden alle Einrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft und die Ergebnisse seit Einführung der Pflegenoten in das bundesweite Informationsportal www.pflegelotse.de eingespeist.

Mit dem Pflegelotsen können Pflegebedürftige und deren Angehörige sich jetzt einfach und schnell einen Überblick verschaffen und Einrichtungen miteinander vergleichen. Mit wenigen Klicks finden sie

- die Strukturdaten der Pflegeheime,
- die Aufschlüsselung der Kosten von Pflegeheimen,
- die jährlich aktualisierte Benotung der Qualität von Pflegeheimen und Pflegediensten,
- die Angabe der Landesdurchschnittsnote und
- einen Kommentar der Einrichtung.

Der Pflegelotse der Ersatzkassen wurde seit seiner Onlineschaltung am 1.12.2009 bereits über 20 Millionen Mal angeklickt.

Alle Anbieter in Bremen geprüft

Geprüft wurden in Bremen alle 260 Anbieter von Pflegeleistungen – 143 stationäre Einrichtungen und 117 ambulante Pflegedienste. Infolge der Prüfungen erhielt ein Großteil der Einrichtungen Auflagenbescheide mit Fristen zur Mängelbeseitigung. Die Auflagen zur Qualitätsverbesserung betrafen insbesondere wichtige pflegerische Bereiche, wie die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitus- und Kontrakturrenprophylaxe, Schmerzmanagement und den Umgang mit Demenz.

16 Wiederholungsprüfungen haben bis Ende 2010 stattgefunden – elf davon wurden von den Einrichtungen selbst beantragt, um ihre verbesserte Qualität zeitnah einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Bei fünf Einrichtungen war die Wiederholungsprüfung notwendig, weil deutliche Mängel in der Pflegequalität bestanden, die umgehend beseitigt werden mussten.

Der Notendurchschnitt bei den stationären Pflegeeinrichtungen liegt in Bremen aktuell bei 1,9 und im ambulanten Bereich bei 2,1. Im bundesweiten Durchschnitt wurden die stationären Einrichtungen mit 1,6 und die ambulanten Dienste mit 2 geprüft.

Weiterentwicklung notwendig

Mit der Veröffentlichung der Pflegenoten steht erstmals im bundesdeutschen Gesundheitswesen ein transparentes und vergleichendes Bewertungssystem zur Verfügung. Damit hat der Gesetzgeber die Grundlage dafür gelegt, dass die Qualität in den Pflegeeinrichtungen und den ambulanten Pflegediensten der Öffentlichkeit zugänglich wird. Pflegebedürftige und Angehörige sollen wissen dürfen, wie die Anbieter durch den MDK bewertet werden.

Nun geht es darum, das Bewertungssystem weiterzuentwickeln und zu verbessern. Zukünftig müssen bedeutsame Kriterien, wie beispielsweise die Wundversorgung, stärker gewichtet werden als andere Kriterien, deren Nichterfüllung keine gravierenden Beeinträchtigungen oder Schäden zur Folge haben. Bisher ist es für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen grundsätzlich wichtig, sich die Einzelnoten der Bewertung anzusehen, aus denen sich die Gesamtnote zusammensetzt. So kann unterschieden werden zwischen „pflegerischen Leistungen“ und beispielsweise der Bewertung von „Dienstleistung und Organisation“, die derzeit noch gleich gewichtet werden. Die Festlegung von Risikokriterien, die sich konsequent auch in der Gesamtnote niederschlagen, ist eine zentrale Forderung der Ersatzkassen für die Weiterentwicklung des schon erfolgreichen Systems „Pflegenoten“.

Bisher reicht es aus, wenn ein Verhandlungspartner auf der Bundesebene einer Veränderung der Gewichtung nicht zustimmt. So ist derzeit die Situation entstanden, dass zwei weniger bedeutsame Verbände von Leistungserbringern alle Beteiligten an einer Weiterentwicklung des Systems hindern. Der Gesetzgeber hat inzwischen der Forderung der großen Mehrheit der Verhandlungspartner zugestimmt: Im aktuellen Arbeitsentwurf zur entsprechenden Gesetzesänderung ist eine Schiedsstelle für die Anpassung der Kriterien der Veröffentlichung von Pflegenoten vorgesehen. Einigen sich die Verhandlungspartner dann innerhalb von drei Monaten nicht, kann eine unabhängige Schiedsstelle angerufen werden. Nach jetzigem Zeitplan soll die Gesetzesänderung zum 31. Dezember dieses Jahres in Kraft treten.

Zehn Jahre „Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation“ in Bremen: 653 Fälle und fünf Millionen Euro Rückforderung

Als 2004 die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag erhielten, besondere Stellen gegen Abrechnungsmanipulation einzurichten, war die Kooperation der Kassen in Bremen bereits seit vier Jahren gelebte Realität. Schon Ende 2000 hatten sich die Kassenvorstände anlässlich eines groß angelegten Betrugs durch ein Bremer Sanitätshaus dazu entschlossen, aktiver und vor allem gemeinsam gegen Abrechnungsmanipulation vorzugehen.

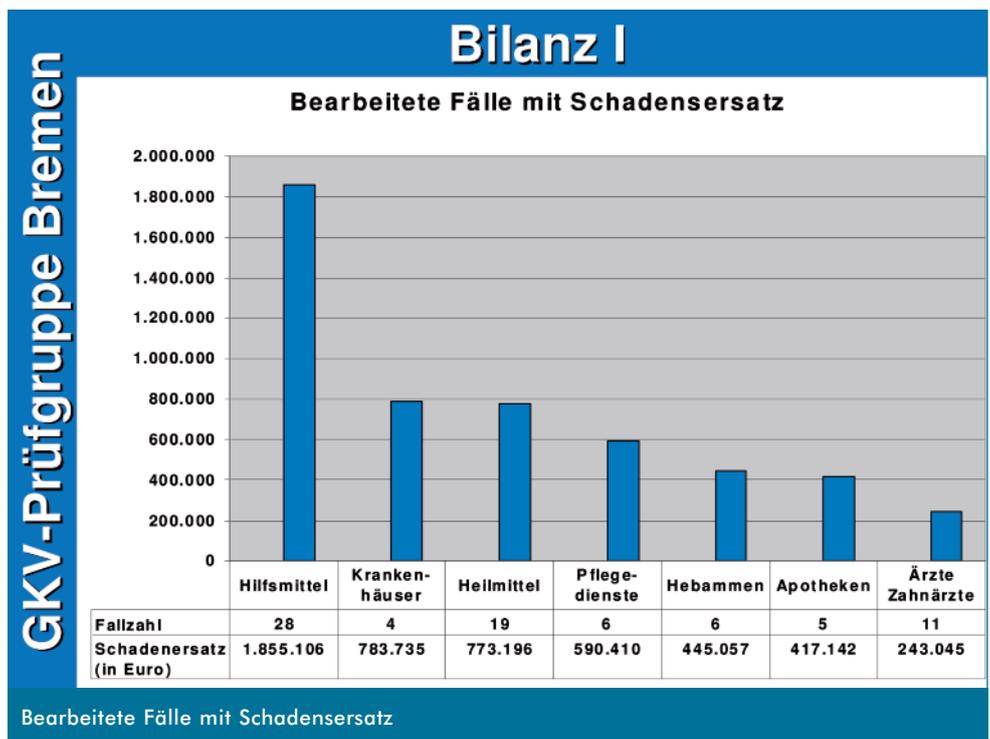
Rund fünf Millionen Euro konnten die Mitglieder der Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation seitdem für ihre Versicherten zurückfordern. Von den 653 Fällen, die die Prüfgruppe in den vergangenen zehn Jahren bearbeitet hat, mündeten 79 Fälle in Schadensersatzzahlungen. Dies zeigt, dass ein hoher Prüfaufwand notwendig ist, die schwarzen Schafe in der weitaus überwiegenden Zahl der ehrlichen Leistungserbringer zu finden. Betroffen sind alle Bereiche des Gesundheitswesens: Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Pflegedienste und Hebammen.

Zunächst hatte sich die Prüfgruppe im Dezember 2000 gebildet, um als Gemeinschaft der Krankenkassen besser auf Fälle von Abrechnungsmanipulation und andere Betrugsfälle reagieren zu können. Die gute Zusammenarbeit hat sich inzwischen aber auf weitere Kooperationspartner ausgedehnt. So wurden beim Dezernat Wirtschaftskriminalität der Kriminalpolizei Bremen und bei der Staatsanwaltschaft Bremen feste Stellen

mit Mitarbeitern eingerichtet, die sich besonders um Fälle aus der gesetzlichen Krankenversicherung kümmern. Dies ist ein großer Vorteil, da das Gesundheitssystem sehr komplex ist und sich durch einen Mangel an Transparenz stark von anderen Wirtschaftsbereichen unterscheidet. Patienten wissen in der Regel nicht, was Ärzte und andere Leistungserbringer über ihre Versicherungskarte mit der Krankenversicherung abrechnen und die Leistungsbereiche sind durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten nicht einheitlich gestaltet. Mitarbeiter, die diese Strukturen zu durchschauen gelernt haben, können daher viel effizienter das komplizierte Feld der gesetzlichen Krankenversicherung bearbeiten.

Abgestimmtes Vorgehen

Etwa alle sechs Wochen findet eine Sitzung statt, an der die Krankenkassen, die Kriminalpolizei und, wenn erforderlich, die Staatsanwaltschaft teilnehmen. Hier wird über den Sachstand der Ermittlungen berichtet und es werden weitere Maßnahmen besprochen. Für die Betreuung und Abwick-



lung der einzelnen Fälle sind Federführer zuständig. Sie sorgen für die:

- Zusammenführung der anonymisierten Daten aller Kassen
- Befragung von Versicherten
- Zusammenarbeit mit der Kripo und der Staatsanwaltschaft
- Verhandlungen mit dem Schädiger über den Schadenersatz
- Berichterstattung im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen.

Auch die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, beispielsweise bei der Plausibilitätsprüfung, ist ein wichtiger Baustein für die erfolgreiche Arbeit der Prüfgruppe. Dabei werden ärztliche Abrechnungsdaten mit Referenzdaten verglichen und somit auf ihre Plausibilität geprüft. Anders als in anderen Bundesländern ist diese Kommission in Bremen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und Vertretern der Krankenkassen besetzt. Das gewährleistet nicht nur einen direkten Informationsfluss, sondern auch eine schnelle und enge Kooperation bei Verdachtsfällen. Dabei sind die meisten der aufgedeckten Fälle im Bereich des Budgets der Ärzte und der Zahnärzte zu finden. In der Statistik der Prüfgruppe tauchen jedoch nur die außerbudgetären Fälle, wie Vorsorge- oder Impfleistungen auf – sie fügen den Kassen finanziellen Schaden zu. Die weitaus größte Anzahl der Fälle bei den Ärzten und Zahnärzten ist

innerbudgetär und schädigt damit die ehrlichen Ärzte und Zahnärzte.

„Luftrezepte“ und Falschabrechnungen

Die Fälle, die die Prüfgruppe mit ihren Kooperationspartnern bearbeitet, sind sehr unterschiedlich gelagert. Sie umfassen sogenannte „Luftrezepte“ (nicht erbrachte Leistungen), den Tausch von verordneten gegen gewünschte Leistungen oder die doppelte Abrechnung. Hier einige Beispiele:

Fall 1:

Durch einen Hinweis und die anschließende Zusammenführung der Abrechnungsdaten der Krankenkassen fällt auf, dass die Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes in vier Stunden insgesamt 219 Kilometer im Bremer Stadtbereich zurückgelegt und dabei 15 Pflegebedürftige betreut haben soll. Die Höhe des Schadens ist noch nicht bekannt, da der Fall derzeit bearbeitet wird. Bei der normalen Abrechnungsprüfung der einzelnen betroffenen Krankenkassen wäre dieser Fall nie aufgedeckt worden, erst der gezielte Abgleich der Daten hat zur Aufdeckung geführt.

Fall 2:

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen kommt ein Hinweis auf das Ordnungsverhalten eines Bremer Hausarztes; die Heilmittelverordnungen werden zum überwiegenden Teil durch eine Praxis abgerechnet, in der seine Ehefrau Geschäftsführerin ist. Bei der Überprüfung stellt die Prüfgruppe fest, dass für den Bereich Ergo- und Logotherapie sogenannte „Luftrezepte“ ausgestellt wurden. Die angegebenen Versicherten haben diese Leistung also nie in Anspruch genommen, sie wurden jedoch mit den Krankenkassen abgerechnet. Der Schaden belief sich auf etwa 220.000 Euro.

Fall 3:

Bei einem weiteren Fall hat eine Physiotherapeutin ihren Patienten angeboten, anstelle von Krankengymnastik oste-

Bilanz II

GKV-Prüfgruppe Bremen

Erfolge der GKV-Prüfgruppe:

Insgesamt bearbeitete Fälle	653
Davon Fälle mit Schadenersatzzahlung	79
Schadenersatzforderungen	5,1 Mio. Euro
Davon bis heute realisiert	4,5 Mio. Euro

Eine bundesweit außergewöhnlich gute und effektive Zusammenarbeit der Krankenkassen in einem engen Netzwerk von Kooperationspartnern.

Dauerhafte Schwerpunktstellen mit fachkundiger Besetzung bei Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei.

Bremen

Erfolge der GKV-Prüfgruppe

opathische Behandlungen durchzuführen, die jedoch keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen sind. „Vergütet“ wurde mit einem vom Arzt ausgestellten Rezept für Krankengymnastik, das im Verhältnis 2:1 von krankengymnastische in osteopathische Behandlung „umgerechnet“ wurde. Der Schaden beträgt rund 190.000 Euro.

Aufdecken und Abschrecken

Am letzten Fall wird gut sichtbar, dass sich auch die Versicherten strafbar machen, wenn sie sich auf solch einen Handel einlassen. Strafanzeige wurde nicht nur gegen die Physiotherapeutin, sondern auch gegen die Patienten gestellt.

„Wir wollen mit unserer Arbeit die Gelder unserer Versicherten zurückholen, die ehrlichen Leistungserbringer schützen und vor weiteren Betrugsvergehen abschrecken“, beschreibt Torsen Barenborg, zuständiger Referent der vdek-Landesvertretung Bremen und stellvertretender Sprecher der Prüfgruppe das Ziel der Arbeit, die bundesweit Beachtung findet. Bremen wird beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung als Vorbild für die Arbeit von Prüfgruppen betrachtet. „Dass unsere Prüfgruppe bundesweit als Leuchtturm wahrgenommen wird, ist das Ergebnis ehrlicher und offener Zusammenarbeit, die wir auch in Zukunft pflegen werden“, so Barenborg.

Auf dem Weg zur Sozialwahl 2011

Am 1.6.2011 ist Stichtag für die nächste Sozialwahl. Bis dahin müssen die Wahlbriefe die Versicherungsträger spätestens erreicht haben. Per Briefwahl werden in diesem Jahr wieder die Versichertenparlamente der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung für die nächsten sechs Jahre gewählt. Da die meisten Versicherungsträger die Wahlunterlagen bereits ab Mitte April verschicken, bleibt also genügend Zeit, sich mit dieser wichtigen Wahl auseinanderzusetzen.

Die Sozialwahl ist nach der Bundestags- und Europawahl die drittgrößte Wahl in Deutschland. Wahlberechtigt sind rund 48 Millionen Versicherte. Bei der letzten Sozialwahl 2005 gab es etwa 44 Millionen Wahlberechtigte; die Wahlbeteiligung lag bei 30 Prozent. In der Rentenversicherung wurden etwa 8,5 Millionen gültige Stimmen abgegeben, bei den Krankenkassen waren es etwa fünf Millionen. Das zeigt, dass die Sozialwahl auf ein großes Interesse

trifft und viele Versicherte ihre Chance zur demokratischen Mitbestimmung nutzen.

Das Parlament der Ersatzkassen ist der Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat ist für alle grundsätzlichen Entscheidungen einer Krankenkasse zuständig. Er wählt den hauptamtlichen Vorstand, setzt Widerspruchsausschüsse ein, und beschließt über den Haushalt und die Satzungsleistungen einer Kasse.

Bei der Sozialwahl werden keine Personen direkt gewählt, sondern es stellen sich Organisationen oder Interessensgruppen zur Wahl, die wiederum Listen von Kandidaten (alles Versicherte der jeweiligen Kasse) aufstellen. Je mehr Stimmen die Organisation oder Gruppe hat, desto mehr Kandidaten kann sie also in das Parlament entsenden.

Mehr Informationen über die Sozialwahl finden Sie unter www.sozialwahl.de.

WAS IST EINE SATZUNG?

Die Satzung einer Krankenkasse ist so etwas wie ihre Verfassung, in der die Regelung ihrer Angelegenheiten festgelegt ist. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen werden zu 95 Prozent vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, in dem Fachleute von Krankenkassen- und Leistungserbringerseite darüber entscheiden, was in den für alle gesetzlichen Krankenkassen gültigen Leistungskatalog aufgenommen wird. Darüber hinaus haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, bei der Gewährung von Haushaltshilfen, Bonusprogrammen im Rahmen der Prävention oder Wahltarife einen eigenen Leistungsrahmen zu bestimmen.



Sozialwahl 2011
Zukunft wählen.

Gerald Weiß ist Bundeswahlbeauftragter und damit für die Durchführung der Sozialversicherungswahl in diesem Jahr zuständig.

▼ Herr Weiß, für viele stimmberechtigte Versicherte ist das Wort „Selbstverwaltung“ sehr abstrakt. Wie würden sie diesen Begriff veranschaulichen und verständlich beschreiben?

▲ Selbstverwaltung ist Selbstgestaltung. Unsere gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sind nicht einfach „Staat“, sondern Selbstverwaltungskörperschaften. Das heißt, in den Verwaltungsräten der Kranken- und Pflegekassen und den Vertreterversammlungen der Renten- und Unfallversicherung bestimmen die Versicherten und ihre Arbeitgeber, wo es lang geht. Die Versicherten und Ihre Arbeitgeber wählen zeitgleich, aber getrennt ihre Mandatsträger in diese „Parlamente“ der Sozialversicherung für sechs Jahre.

▼ „Mehr Bürgerbeteiligung“ fordern viele Menschen. Sind die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich eine Möglichkeit der direkten Einflussnahme?

▲ Sozialwahlen sind Bürgerbeteiligung, bedeuten „strategische Mitbestimmung“ der Versicherten und – wenn paritätisch besetzt – ihrer Arbeitgeber in ihrer Sozialversicherung. Dies führt zu mehr Versicherten-, Betriebs- und Praxisorientierung, was die Arbeit effizienter und effektiver macht. Im Übrigen weiß sich der Versicherte bei Entscheidungen seiner Krankenkassen mit seinen Interessen und seiner Betroffenheit unmittelbar vertreten.



Bundeswahlbeauftragter Gerald Weiß

▼ Wie kann die Arbeit der Verwaltungsräte für die Versicherten besser erfahrbar gemacht werden?

▲ Wir brauchen deutlich mehr Transparenz, was die Tätigkeit der Verwaltungsräte angeht. Die Öffentlichkeitsarbeit über die Selbstverwaltung und die Aufgaben der dort handelnden Personen ist zwar in den letzten Jahren erfreulich intensiviert worden, es bedarf aber noch gewaltiger Anstrengungen, zum Beispiel zu vermitteln, was für segensreiche Einrichtungen die Widerspruchsausschüsse sind, die Widersprüche der Versicherten noch unter dem Dach „ihrer“ Krankenkasse prüfen und schauen, ob nicht doch noch abgeholfen werden kann. Auch die Internetpräsenz der Selbstverwaltung ist besser geworden, kann aber ebenfalls noch wesentlich gesteigert, oder in einigen Fällen überhaupt erst geschaffen werden. Zu alledem bietet die Sozialwahl 2011 beste Chancen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des vdek
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl L. Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdek.com