

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE RENAISSANCE der Beitragsatzautonomie | INTERVIEW mit vdek-Verbandsvorsitzenden | WAHL-PRÜFSTEINE der Parteien | HOSPIZFÖRDERUNG wächst

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2013

SELBSTVERWALTUNG

Fortschreibung und Erhalt!



DIE SELBSTVERWALTUNG
Für Gesundheit & Rente

Das Prinzip der selbstverwalteten Sozialversicherung wurde 1911 in der Reichsversicherungsordnung (RVO) gesetzlich verankert. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde es schnell Opfer des sogenannten Ermächtigungsgesetzes. Seit 1953, mit der Wiedereinführung der Sozialwahlen, prägt das Prinzip der Selbstverwaltung maßgeblich die Sozialversicherung der Bundesrepublik. Heute, 60 Jahre später, ist es in seiner Bedeutung für das Gesundheitswesen aktueller denn je. Hier entscheiden ehrenamtlich tätige Selbstverwalter über Finanzen, Leistungen und Organisationsfragen. Dank dieser demokratischen Struktur besitzt die Sozialversicherung bis heute auch international eine unerreichte Stabilität und Sicherheit. Ersatzkassen sind, wie alle Träger der Sozialversicherung Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts. Das bedeutet, dass sie ihre vom Staat zugewiesenen Aufgaben unter staatlicher Aufsicht organisatorisch und finanziell selbstständig durchführen.

FINANZREFORM

Zurück zur Beitragsatzautonomie!

Jahrzehntelang konnten Krankenkassen ihren Beitragssatz selbst bestimmen. Dieses Recht wurde ihnen mit Einführung des Gesundheitsfonds von der Politik genommen. Forderungen nach Rückgabe dieser Autonomie sind seitdem latent vorhanden.

Die Einführung des Gesundheitsfonds (2009) war eine Zäsur: Zum ersten Mal in der nunmehr 130-jährigen Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung übernahm eine Regierung durch die staatliche Beitragssatzfestsetzung die Verantwortung für die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Wirkungsweise des Fonds

Der Gesundheitsfonds ist überwiegend die Summe aller Mitgliedsbeiträge aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die bei einem gesetzlich vorgegebenem Einheitsbeitragssatz (z. Z. 15,5 Prozent) zusammen kommt. Dazu kommen Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen. Im skizzierten Beispiel werden die notwendigen Mehreinnahmen allein von der Arbeitnehmer- bzw. Rentnerseite erhoben. Für Arbeitgeber ist ihr Anteil festgeschrieben. Jede Dynamisierung der Leistungsausgaben fällt als Mehrbelastung der Arbeitnehmerseite zu. Gerade hier wäre ein Zurück zur paritätischen Finanzverantwortung sinnvoll (siehe Schema Seite 2).

Nachhaltigere Finanzierung

Struktur und Wirkmechanismen des Gesundheitsfonds müssen weiterentwickelt werden. In der Wissenschaft taucht hinsichtlich seiner Charakterisierung gelegentlich der Begriff „Hybrid-Form“ (zwischen Bismark-System und staatsnahe Typ) auf (siehe Literaturhinweis Seite 8).

Damit umschreibt der Autor, dass der Fonds in seiner Entwicklung auf halbem Weg stehen geblieben ist und sowohl Alternativen für eine Bürgerversicherung, als auch für ein Kopfprämienmodell offen lasse. Eine nachhaltige Finanzierung ist das Fundament eines guten und zukunftsfesten Gesundheitswesens. Diese sollte weitgehend paritätisch zwischen Arbeitgebern und Versicherten erfolgen. Denn Arbeitgeber müssen auch weiterhin in der Verantwortung für eine gute und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgung stehen. Die Finanzautonomie der Kassen muss sich wieder auf den gesamten Beitrag beziehen und gehört in die Hände der Selbstverwaltung. Dies ist auch unter dem Dach des Gesundheitsfonds denkbar.



KOMMENTAR

Deutschland vor der Wahl

FOTO vdek



von
DR. KLAUS HOLST
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ist weder rein staatlich noch privat organisiert. Dabei gelingt es ihr, mit einem Verwaltungskostenanteil von fünf Prozent fast alle Deutschen mit einer Kranken- und Pflegeversicherung zu versorgen. Die Versorgungsqualität im Land braucht keine internationalen Vergleiche zu scheuen, was Wartezeiten, Arztdichte und Krankenhausleistungen angeht. Die freie Arztwahl und der freie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen schaffen eine Effektivität, die weltweit unübertroffen ist.

Die Politik sollte sich klar zum Selbstverwaltungsprinzip bekennen, um uns beim gemeinsamen Ringen um die beste Versorgung unserer Versicherten zu unterstützen. Dazu gehört als grundlegende Bedingung, die Finanzierung wieder in die Hände der Selbstverwaltung zu geben. Das jetzige Finanzierungssystem mit einem staatlich festgesetzten Beitragssatz, Zusatzbeiträgen und Prämien hat sich nicht bewährt. Die Krankenkassen brauchen wieder die Entscheidungsgewalt über die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusatzbeiträge und Prämien gehören abgeschafft, die Beitragssatzautonomie muss wieder eingeführt werden. Außerdem muss die paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wieder hergestellt werden. Deutschland hat die Wahl.



Was heißt eigentlich Beitragssatzautonomie?

Es ist die „Freiheit“ jeder Krankenkasse, im Hinblick auf ihre finanzielle Lage den Beitragssatz eigenständig festzulegen. Sie hat nichts mit der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds zu tun und wirkt sich nicht auf die Kalkulation von Deckungsbeiträgen von Versicherten gemäß Morbi-RSA aus. Die relative Position der Krankenkassen im Wettbewerb bliebe davon unberührt.

Eine Rückkehr zur Beitragssatzautonomie würde bedeuten, dass jede Krankenkasse ihre finanzielle Situation vor dem Einheitsbeitragssatz prüft. Falls die zugewiesenen Beiträge aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, könnte die Krankenkasse einen höheren kostendeckenden Beitragssatz festlegen.

Im Gegensatz zu den Zusatzbeiträgen führen unterschiedliche Beitragssätze zu einkommensabhängigen Finanzbeiträgen (siehe Rechenbeispiel Seite 8).

Vorteile der Beitragssatzautonomie

- Vor diesem Hintergrund könnten alle steuerpolitischen Regeln und Diskussionen bzgl. eines steuerfinanzierten Sozialausgleiches für vom Zusatzbeitrag betroffenen Geringverdiener entfallen. Beitragssätze

enthalten bereits eine soziale Komponente, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitglieder berücksichtigt.

- Bei den Krankenkassen würden keine so hohen Überschüsse wie derzeit entstehen, da der kassenindividuelle Beitragssatz sich stärker am tatsächlichen Finanzbedarf orientiert.

»Die Genese des Gesundheitsfonds war kein rein völlig rationaler Prozess. Insbesondere zu Beginn der Entstehung des Gesundheitsfonds war eine gewisse »Portion Zufall« im Spiel ...«

(Holger Pressel; 2011; Seite 2, siehe Literaturhinweis Seite 8)

vdek Standpunkt:

Ein gutes Gesundheitswesen basiert auf einer verlässlichen Finanzierung. Notwendig ist dazu die Wiedereinführung der Beitragssatzautonomie für die Krankenkassen. Das bedeutet auch, auf Zusatzbeiträge und Prämien zu verzichten. Der Staat finanziert verlässlich die in seinem Auftrag erbrachten familienpolitischen Leistungen. Die paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Versicherten wird weitgehend wiederhergestellt. ■



GRAFIK vdek

VEREINFACHTE STRUKTUR UND WIRKUNGSWEISEN im Gesundheitsfonds (eigene Darstellung)

INTERVIEW

Nicht weniger sondern wieder mehr Selbstverwaltung

Zurück zur bewährten Rollenverteilung: Der Staat setzt den gesetzlichen Rahmen in dem sich die Selbstverwaltung in finanziellen und strukturellen Fragenstellungen wieder eigenständiger „bewegen“ kann.

Christian Zahn, Verbandsvorsitzender des vdek, zur Finanzierung im Gesundheitswesen.

vdek Herr Zahn, die Ärzteschaft fordert eine grundlegende Finanzreform. Brauchen wir die überhaupt?

Christian Zahn Die Bundesärztekammer fordert die Kopfpauschale. Mit der ist schon Angela Merkel gescheitert. Denn sie ist unsozial, weil sie die niedrigen Einkommen stärker belastet als die hohen. Richtig ist: Wir brauchen stabile Finanzen. Und wir haben ein strukturelles Problem zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Trotz guter Wirtschaftslage hat die Politik nicht die Kraft zu Reformen gefunden, die bewirken, dass sich diese Schere schließt. Das AMNOG und mit ihm die Einführung einer frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel nehme ich da aus. Doch auch dieses liefert noch nicht die erwarteten Einsparungen.

vdek Aber die Kassen sind doch übervoll?

Christian Zahn Ja, weil Versicherte und Arbeitgeber zu viele Beiträge gezahlt haben. Die gesamtwirtschaftliche Situation war deutlich besser als erwartet und der staatlich festgesetzte Beitragssatz von 15,5 Prozent daran gemessen zu hoch. Hätten die Krankenkassen wie früher den Beitragssatz selbst bestimmt, wäre er geringer gewesen. So aber haben sich Rücklagen aufgebaut, die die Politik verführt haben, Geschenke zu verteilen und den Bundeszuschuss zu kürzen. Die Kürzungsbeträge fließen in den Bundeshaushalt. In diesem und im nächsten Jahr zusammengekommen sechs Milliarden Euro. Deshalb ist eine unserer zentralen Forderungen an die nächste Regierung: Weg mit staatlich festgelegten

Beiträgen. Her mit der vollen Beitragssatzautonomie für die Kassen.

vdek Was können die Kassen denn besser als der Staat?

Christian Zahn Die Kassen können den Beitragssatz auch unterjährig anpassen und damit schneller reagieren als der Staat. Ausgabenseite und Einnahmenseite gehören in eine Hand. Die Selbstverwaltung hat es bislang immer geschafft, hier einen vernünftigen Ausgleich herzustellen. Die Aufgabe der Selbstverwaltung ist es, den Leistungskatalog auszugestalten und die Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern praxisnah vertraglich zu regeln. Die Aufgabe des Staates ist, hierfür einen verlässlichen rechtlichen Rahmen zu setzen. In den letzten Jahren erleben wir aber, dass die Politik den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung mehr und mehr einengt. Gegipfelt hat das in der staatlichen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2007. Die fortgesetzte Beschneidung der Selbstverwaltungskompetenz kann nicht gut gehen. Denn die Politik ist selbst nicht in der Lage, bessere Lösungen zu produzieren.

vdek Wie meinen Sie das?

Christian Zahn Zum einen denkt Politik in Vier-Jahres-Zeiträumen. Das tun wir nicht. Zum zweiten ist Politik nicht verlässlich. Das sehen wir am Bundeszuschuss. Zum dritten: Im Gesundheitswesen gibt es massive Verteilungskonflikte. In der gemeinsamen Selbstverwaltung werden diese austariert. Das ist nicht einfach und manchmal treffen



FOTO: vdek

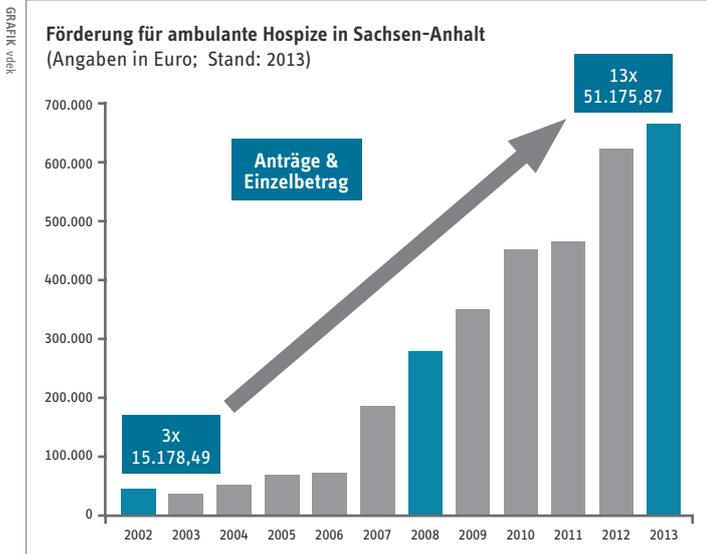
CHRISTIAN ZAHN Verbandsvorsitzender des vdek

wir uns auch nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner. Der ist dann aber an der Sache orientiert und tragfähig. Bei politischen Lösungen müssen häufig Kalküle einbezogen werden, die mit dem Sachproblem nichts zu tun haben. Und eine neue Regierung räumt gerne auch mit Regelungen der Vorgängerregierung auf. Im Gesundheitswesen brauchen wir aber mehr Kontinuität und Verlässlichkeit.

vdek Der vdek tritt für die paritätische Finanzierung ein. Die gibt es doch schon lange nicht mehr!

Christian Zahn Rechnerisch stimmt das. Heute zahlen die Versicherten mehr als die Arbeitgeber. Wir stemmen uns aber bewusst gegen eine Politik, die den Versicherten immer größere Belastungen zumuten möchte. Häufig geschieht dies unter dem Deckmantel „Stärkung der Eigenverantwortung“. Wir möchten aber die gemeinsame Verantwortung stärken. In der paritätischen Finanzierung der Sozialsysteme drückt sich die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für unseren Sozialstaat aus. Aus der sollte sich niemand heraus schleichen. Nicht zuletzt profitieren auch die Arbeitgeber davon: Die Sozialsysteme tragen auch heute noch viel zur Attraktivität des Wirtschaftsstandortes Deutschland bei. ■

Fördertopf wächst



DIE GKV FÖRDERT seit 2002 ambulante Hospize. Sowohl beim Gesamtbetrag als auch bei der durchschnittlichen Einzelförderung ergeben sich exorbitante Steigerungen.

Mit rund 215.000 Euro unterstützen die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt in diesem Jahr die gute Arbeit der ambulanten Hospizdienste (AHD). In diesem Jahr werden damit allen 13 antragstellenden AHDs in Sachsen-Anhalt insgesamt rund 665.000 Euro Fördermittel von den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Die Förderung der AHDs durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll eine möglichst flächendeckende ambulante Hospizversorgung sicherstellen und so sterbenden Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Tod ermöglichen. Der Wunsch vieler schwerstkranker Menschen ist es, bedarfsgerecht in ihrem gewohnten Umfeld betreut zu werden. Die ambulanten Hospizdienste unterstützen dies durch das qualifizierte Engagement vieler ehrenamtlich tätiger Menschen. Die persönlichen Bedürfnisse der sterbenden Menschen stehen dabei im Zentrum der Hospizarbeit.

Im Jahr 2012 wurden in den geförderten ambulanten Hospizdiensten 548 sterbende Menschen von 558 ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen betreut.

Das Finanzvolumen, das für die Förderung der AHDs zur Verfügung steht, wurde in den zurückliegenden elf Förderjahren deutlich ausgeweitet. Im Jahr 2002 betrug die Förderung für drei AHDs noch 45.500 Euro. 2008 erhielten bereits neun AHDs 308.000 Euro. Im Jahr 2012 förderte die GKV dann 13 AHDs mit insgesamt 622.000 Euro. In diesem Jahr erhalten diese 13 AHDs 665.000 Euro und damit eine im Vergleich zum Vorjahr nochmals um ca. sechs Prozent angehobene Unterstützung. Diese häusliche Sterbegleitung ergänzt die Arbeit von landesweit sechs stationären Hospizen mit Versorgungsvertrag.

Über 26 Millionen Versicherte

Die Ersatzkassen sind auch 2013 bundesweit die größte Krankenkassenart. Erstmals sind bei ihnen 26.029.462 Menschen versichert. Damit bestätigen die Ersatzkassen erneut ihre jahrelange Spitzenposition in der Kassenlandschaft. In Sachsen-Anhalt wurden zum Stichtag 1. Juli 2013 rund 680.000 Versicherte von den Ersatzkassen „betreut“.

App I für vdek-Pflegelotse

Die Nutzer des Internetportals der Ersatzkassen (www.pflegelotse.de) können ab sofort auch von unterwegs einen Überblick über die Pflegeeinrichtungen, z. B. ihrer Region erhalten. Die ausschließlich für das iPhone entwickelte App steht als kostenloser Download im Apple iTunes-Store bereit.

App II für IGeL-Monitor

Der „IGeL-Monitor“ (www.igel-monitor.de), ein Informationsportal des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS), ist ebenfalls über eine kostenlose App zu nutzen. Damit können sich Patienten ggf. bereits während des Arztbesuches über eine angebotene Selbstzahlerleistung informieren.

Seit Anfang 2012 haben bereits 1.200.000 Nutzer/innen den IGeL-Monitor „besucht“ und sich über mögliche Vor- und Nachteile von „IGeL“-Angeboten informiert.

Terminankündigung

Das XV. gesundheitspolitisches Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt zum Thema: „Die neue Bedarfsplanung in Sachsen-Anhalt“ findet am 24. und 25. Oktober 2013 im RAMADA Hotel Magdeburg statt. Seit dem 1. Januar 2013 ist die neue Bedarfsplanungsrichtlinie für Sachsen-Anhalt in Kraft. Welche Erwartungen, welche Möglichkeiten und Grenzen werden an sie geknüpft? Das diesjährige Symposium des vdek soll dazu Aufschluss geben. Dazu gibt es Statements aus Bundes- und Landessicht. Weitere Informationen und Anmeldung unter <http://www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Termine.html>

VERANSTALTUNG

Ersatzkassenforum 2013

Wie positionieren sich die sachsen-anhaltischen Spitzenkandidaten für die Bundestagswahl zur künftigen Gesundheitspolitik? Das Ersatzkassenforum als Wahlforum war eine ganz „heiße“ Veranstaltung!

Zu viel Wasser in der Elbe, sehr viel Sonnenschein mit Extremtemperaturen jenseits der 35 Grad, kurzfristiger Ausfall der Klimaanlage im Veranstaltungsraum; wer im Juni 2013 in Magdeburg über das deutsche Gesundheitswesen diskutieren wollte, wurde von den Rahmenbedingungen hart gefordert. Und doch, in den Reihen der Teilnehmer fand sich viel gesundheitspolitische Prominenz, u. a. der Minister für Arbeit und Soziales aus Sachsen-Anhalt, Norbert Bischoff (SPD) sowie Bundes- und Landespolitiker. Zum Auftakt der Veranstaltung legten Norbert Bischoff und Ulrike Elsner (vdek-Vorsitzende) mit ihren Forderungen an die Gesundheitspolitik im Bundestagswahljahr die Grundlage für die anschließende Podiumsdiskussion mit Parteienvertretern. Zu folgenden Schwerpunkten wurde ausführlich debattiert:

Struktur

Die deutsche Krankenversicherung ist in einen kleinen privaten und einen großen öffentlichen Sektor (ca. 90 Prozent der Versicherten) geteilt. In der privaten Krankenversicherung (PKV) sind mittlere und hohe „Einkommen“ konzentriert, wogegen das Klientel der gesetzlichen Krankenkassen „durchmischt“ ist. Durch das Vorhandensein der PKV gehen nach Meinung des linken Parteienspektrums (SPD, Grüne, DIE LINKE) wichtige Einnahmequellen für die gesetzlichen Krankenkassen verloren. Dies wird von ihnen als sozial ungerecht abgelehnt. Die bürgerlichen Parteien (CDU, FDP) sind dagegen für den Erhalt der privaten Krankenversicherung. Der von der PKV ausgehende Wettbewerbsdruck verbessere



DIE PODIUMSTEILNEHMER: Dr. Bergner (CDU); Herr Ackermann (FDP); Herr Bischoff (Bündnis 90/Die Grünen); Frau Grimm-Benne (SPD); Frau Dr. Hein (Die LINKE); Sozialminister Bischoff (SPD); Frau Elsner (vdek) und Dr. Holst (vdek) (von rechts nach links)

auch die Effizienz im gesetzlichen Krankenkassensektor, so die Einschätzung von Dr. Ch. Bergner (CDU). Er hält die vom linken Parteienspektrum erwartete Einnahmensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Auflösung der PKV für überhöht.

Parität

Ein viel diskutiertes Thema zwischen den Parteien ist die Parität zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag an die Sozialversicherungen. Die gegenwärtige Bundesregierung hat bekanntlich den Arbeitgeberanteil eingefroren, sodass die Erhöhungen der Beiträge nur noch zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Ulrike Elsner sieht diese Entwicklung kritisch. Die Unternehmen besitzen nun kaum noch Interesse an geringen Sozialversicherungsabgaben, da sie nicht mehr von Veränderungen betroffen sind. Somit haben die Versicherten einen „Anwalt ihrer Interessen“ verloren.

Autonomie

Die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen ist ein entscheidender Baustein zur effizienten Selbstverwaltung. Der vdek plädiert für eine Renaissance der Beitragssatzautonomie. Zudem wäre damit ein fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen möglich. Dieser ist gegenwärtig kaum möglich, allenfalls über geringe Leistungsunterschiede oder aber über Zusatzbeiträge dem „Menetekel“ des Gesundheitsfonds. Letzteres wird von SPD, Grünen und DIE LINKE strikt abgelehnt. Die CDU sieht keinen Änderungsbedarf beim Gesundheitsfonds.

Prävention

Die Vorsorge ist ein weiterer Baustein und sollte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. In diesem Rahmen spielt die Prävention eine außerordentliche Rolle. Herr Ackermann (FDP) bestätigt die Relevanz der gesunden Lebensführung und sieht das Gesetz als eine Art Leitfaden. ■

Gesundheitspolitische Schwerpunkte

Alle Teilnehmer an der Podiumsdiskussion unseres diesjährigen Ersatzkassenforums (vgl. Seite 5) haben im Nachgang schlaglichtartig die Bundestagswahlpositionen skizziert.

Alle Parteienvertreter sind der Überzeugung, dass Deutschland über ein sehr gut entwickeltes Gesundheitswesen verfügt und das alle Anstrengungen auf eine Niveaueerhaltung auszurichten sind. Drei Parteien – SPD, Die LINKE und Bündnis 90/Die Grünen – plädieren sehr deutlich für die Einführung einer Bürgerversicherung. Ihnen geht es hierbei in erster Linie um eine nachhaltigere Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sehr deutlich positionieren sich SPD und Bündnis 90/Die Grünen für eine Betragesatzautonomie der Krankenkassen.

CDU und FDP lehnen dagegen eine staatliche Einheitsversicherung ab und plädieren für mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen.

Schnittmengen ergeben auch die Positionen zur Bewahrung wohnortnaher medizinischer Versorgungsangebote. Keine Partei will hier zu Lasten der Qualität Veränderungen. Insbesondere der freie Zugang Aller zu allen medizinischen Versorgungsangeboten wird parteienübergreifend als wichtig betrachtet. Alle Parteien betonen auch den hohen Stellenwert der Gesundheitsförderung. Die vorgelegten Statements der Spitzenkandidaten stellen eine Zusammenfassung der jeweiligen Wahlprogramme dar. In aller Ausführlichkeit sind sie zu finden unter:

CDU: www.cdu.de/regierungsprogramm

SPD: www.spd.de/linkableblob/96686/data/

Die LINKE: www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm/wahlprogramm/

Bündnis 90/Die Grünen: www.gruene.de/partei/gruenes-wahlprogramm-2013.html

FDP: www.fdp.de/Der-Weg-zum-Buergerprogramm/1793b658/index.html

CDU

Für ein solidarisches Land – gute Versorgung für alle



DR. CHRISTOPH BERGNER

Wir wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung hat, unabhängig von Einkommen, Alter

oder gesundheitlichem Zustand. Dies ist ein anspruchsvolles Ziel, denn die demographische Entwicklung und der Fortschritt in der medizinischen Forschung erfordern fortlaufend Anpassungen unseres Gesundheitswesens. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind stabil geblieben. Krankenkassen und Gesundheitsfonds haben Rücklagen. Es wäre töricht, auf eine staatliche Einheitsversicherung umzustellen. Neben den gesetzlichen Krankenversicherungen leisten die privaten Krankenversicherungen mit ihren Kapitalrücklagen zur Absicherung steigender Alterskosten einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens. Für Ostdeutschland verdienen die Sicherung der medizinischen Versorgung vor Ort und die Gestaltung solidarischer Morbiditätsausgleiche besondere Aufmerksamkeit.

SPD

Für eine solidarische Bürgerversicherung



BURKHARD LISCHKE

Die SPD setzt sich für die Einführung der Bürgerversicherung mit einer einheitlichen Honorarordnung ein. Mit ihr soll die Teilung in

gesetzliche und private Versicherungen aufgehoben werden und stärker solidarisch ausgerichtet sein. Die Finanzierung erfolgt damit gerechter und wird auf breitere Schultern verteilt. Bislang privat Versicherte können für ein Jahr befristet freiwillig in die Bürgerversicherung wechseln. Wir stehen für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Unabhängig von ihrem Einkommen oder ihrer Erwerbssituation sollen alle Bürgerinnen und Bürger den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung und Pflege haben. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen zukünftig wieder den gleichen Beitrag leisten. Die Einführung einer stetig steigenden Steuerfinanzierung gewährleistet mehr Nachhaltigkeit. Die Zusatzbeiträge sollen abgeschafft und den Krankenkassen die Beitragssatzautonomie zurückgegeben werden.

DIE LINKE

Zwei-Klassen-Medizin abschaffen!



ROSEMARIE HEIN

Krankenhäuser und Arztpraxen sind Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Daher stellt sich DIE LINKE gegen alle Bestrebungen zur Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitssystem. Wir wollen den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und ausbauen. Für eine soziale und gerechte Finanzierung der Gesundheitsversorgung brauchen wir die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, in die alle einzahlen. Alle medizinisch notwendigen Leistungen sollen wieder von der Krankenkasse bezahlt werden. Jeder Mensch muss in seiner Umgebung medizinische und pflegerische Betreuung vorfinden. Sie müssen in ausreichendem Maße vorgehalten und finanziert werden. Schluss mit der Zwei-Klassen-Medizin! Insbesondere bei Arzneimitteln treten wir für eine effektive Begrenzung der Preise ein.

Daneben brauchen wir verstärkt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bürgerversicherung soll Zwei-Klassen-Medizin beenden



STEPHAN BISCHOFF

Unser gesundheitspolitisches Schlüsselprojekt ist die Bürgerversicherung. Art und Ausmaß der Behandlung eines Patienten dürfen nur von seiner Krankheit abhängig sein. Alle, auch Gutverdienende, Beamte und Selbstständige sollen sich am Solidarausgleich beteiligen.

Die Gesundheitsversorgung „Hand in Hand“ muss zur Regel werden. Das ist für chronisch und mehrfach erkrankte Patienten wichtig. Die Gesundheitsförderung wollen wir mit einem Präventionsgesetz stärken. Wichtig sind uns Präventionsmaßnahmen, die im Lebensumfeld ansetzen. Wir wollen eine Verbesserung des Verbraucherschutzes und der Stärkung der Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen. Patienten, aber auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe, brauchen zuverlässige Informationen über die Qualität von Therapien und Versorgungsangeboten. Wir sind dafür, dass die Kassen ihre Beitragssatzautonomie zurückerhalten und der schwarz-gelbe Einstieg in die Kopfpauschale beendet wird.

FDP

Für ein freiheitliches Gesundheitssystem



JENS ACKERMANN

Die FDP steht für ein freiheitliches Gesundheitssystem, das Solidarität und Eigenverantwortung verbindet. Der Patient muss im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung stehen, deshalb bleibt die Wahlfreiheit für den Bürger die Maxime liberaler Gesundheitspolitik, hierzu gehören die freie Wahl des Arztes, Therapiefreiheit sowie die freie Wahl bei der Krankenversicherung. Wir wollen keine Einheitskasse mit Einheitsversorgung für den Einheitspatienten. Wir halten an der Freiberuflichkeit der Heilberufe fest, gleichzeitig wird im ambulanten Bereich die Rolle von Versorgungsmodellen mit angestellten Ärzten anerkannt und der Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen auf allen Ebenen vorangetrieben.

Die FDP fordert für die Gesundheitsfachberufe leistungsgerechte Vergütungen und gute Arbeitsbedingungen. Mit Prävention wird die Lebensqualität der Menschen verbessert. Kommunen, Kassen, Gesundheitsberufe, Arbeitgeber und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind gefordert.

LITERATURHINWEIS

Kausale Zusammenhänge

Es empfiehlt sich vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Interessenslagen die Ableitungen in der u.a. Arbeit zu hinterfragen. Wird weiter modular angepasst oder gänzlich abgeschafft? Die zukünftige Bundesregierung wird sich dieser Entscheidung stellen müssen. Mögliche Handlungsoptionen werden vom Autor aufgezeigt.

Holger Pressel

Die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds. Eine kausale Rekonstruktion der Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung
Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Sozialwissenschaften
Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-167369>

FINANZREFORM

Ein Rechenbeispiel

Ein Beispiel für eine ausgewogene Finanzierung:

Eine Krankenkasse benötigt Mehreinnahmen in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten.

Ein Rentner mit einer monatlichen Rente in Höhe von 1000 Euro würde bei Anwendung des Zusatzbeitragsatzes mit 3 Euro zusätzlich belastet werden.

Ein Kassenmitglied mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze dagegen mit einem Betrag von 12 Euro, wenn man eine Beitragsbemessungsgrenze von 4000 Euro unterstellt.

Ein Beispiel für eine unausgewogene Finanzierung:

Zurzeit wäre aber ein Zusatzbeitrag in Höhe von 8 Euro für alle Mitglieder unabhängig ihrer monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkünfte fällig.

BROSCHÜRE

Hilfreich bei der Suche nach Pflegeeinrichtungen

FOTO vdek



Auch für 2013 haben die Ersatzkassen gemeinsam mit dem VVA-Verlag einen Pflegeleitfaden für Sachsen-Anhalt auf den Markt gebracht.

Der Erfolg und die hohe Akzeptanz der Broschüre in den Vorjahren führten zur aktualisierten Auflage.

Mit diesem handlichen Nachschlagewerk stellen die Ersatzkassen ihren Versicherten vor Ort bei der Suche nach Pflegeanbietern einen hilfreichen Service zur Verfügung. Sie ergänzen damit die Suchmöglichkeiten, die selbstverständlich auch über das Internet möglich sind (vgl. www.Pflegelotse.de).

Das Verzeichnis bietet einen Überblick aller Pflegeanbieter (unterteilt nach ambulanten und stationären Einrichtungen in Sachsen-Anhalt). Es ist nach Regionen gegliedert, so dass sich jeder Interessierte schnell über die zur Verfügung stehenden Einrichtungen in seinem regionalen Umfeld informieren kann. Der Pflegeleitfaden kann über die vdek-Landesvertretung kostenfrei bezogen werden. Er liegt aber auch bei Pflegediensten, in Apotheken und Krankenhäusern sowie bei allen Ersatzkassen aus. Außerdem kann er von der Internetseite der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt als Download heruntergeladen werden.

PERSONALIE

Neuer LA-Vorsitzender



FOTO BARMER GEK

AXEL WIEDEMANN,
Landesgeschäftsführer
BARMER GEK

Axel Wiedemann (53) wurde im Juni diesen Jahres zum Landesgeschäftsführer der BARMER GEK für Sachsen-Anhalt berufen. Zugleich übernimmt er die Funktion des Vorsitzenden des Landesausschusses der Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt. Der engagierte 53-jährige war einer der ersten „Aufbauhelfer“ nach 1991 für die damalige BARMER in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Berlin. Als gebürtiger Altmärker war sein „Seitenblick“ nie losgelöst von der Heimat. So war es für ihn ein Leichtes, in Sachsen-Anhalt für seine Kasse gesundheitspolitische Verantwortung zu übernehmen. Seine Botschaft: „Erklärtes Ziel und Wunsch von mir ist es, durch die räumliche Nähe, im Land, vor Ort zu sein, das Vertrags- und Versorgungsmanagement noch zu verbessern, verlässlicher Partner für die Politik, die Medien und unsere Vertragspartner zu sein.“

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt
des vdek e.V.

Schleifufer 12, 39104 Magdeburg

Telefon 03 91 / 5 65 16-0

Telefax 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com

Redaktion Dr. Volker Schmeichel

Verantwortlich Dr. Klaus Holst

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2174