



**TK-Gemeinschaft,
unabhängige Versichertengemeinschaft
der Techniker Krankenkasse e.V.**

Juni 2010

Leitlinien zur Sozial- und Gesellschaftspolitik

Seit vielen Jahren ist die **TK-Gemeinschaft** aktives Mitglied der Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Mitgliedergemeinschaften **AGuM**. Im zweiten Halbjahr 2010 haben wir in der AGuM in Orientierung auf die Sozialwahlen 2011 "Leitlinien zur Sozial- und Wirtschaftspolitik" erarbeitet. Im Folgenden geben wir Ihnen den Text dieser Leitlinien zur Kenntnis. Diskussionsbeiträge sind erwünscht!

Der Vorstand der TK-Gemeinschaft



Leitlinien zur Sozial- und Gesellschaftspolitik

Juni 2010



Der Verband der Ersatzkassen (vdek)

Der vdek vertritt als Krankenkassenverband auf Bundes- und Landesebene die Interessen der Ersatzkassen gegenüber der Politik, den Leistungserbringern und anderen Verbänden im Gesundheitswesen sowie gegenüber der Öffentlichkeit.

24 Millionen Versicherte

Heute vertritt der Verband sechs Ersatzkassen. Gemeinsam bilden sie mit mehr als 24 Millionen Versicherten die größte Kassenart innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dem Verband gehören alle Ersatzkassen in Deutschland an, das sind:

- **Barmer GEK**
- **Deutsche Angestellten-Krankenkasse**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**
- **hkk**
- **KKH – Allianz**
- **Techniker Krankenkasse**



Sozialwahl 2011



Ihre Chance zur Mitbestimmung bei den Krankenkassen: Sozialwahl 2011

Der Verwaltungsrat stellt das oberste Gremium einer Krankenkasse dar. Hier engagieren sich Versicherte ehrenamtlich. Bei einem Vergleich mit der freien Wirtschaft könnte man den Verwaltungsrat mit dem Aufsichtsrat einer Aktiengesellschaft gleichsetzen. Ihm obliegen Überwachungs- und Entscheidungsrechte, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind. Von daher kommt diesem Gremium eine sehr wichtige Rolle zu.

Die Amtszeit der derzeitigen Verwaltungsräte endet mit der nächsten Sozialwahl, die im Jahr 2011 stattfindet.

Die Versicherten haben somit bei der **Sozialwahl 2011** die Möglichkeit, durch ihre Stimmabgabe direkten Einfluss auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrates ihrer Krankenkasse und deren zukünftige Ausrichtung zu nehmen.



Inhalt

I.	Über uns, die Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Mitgliedergemeinschaften (AGuM).....	5
II.	In der AGuM zusammengeschlossene Mitgliedergemeinschaften.....	6
III.	Aufgaben der Mitgliedergemeinschaften.....	7
IV.	Zielvorstellungen der Mitgliedergemeinschaften.....	8
	a. Grundsätzliche soziale Ziele.....	9
	b. Krankenversicherung	10
	c. Rentenversicherung.....	11
	d. Pflegeversicherung.....	11

Aktuelle Forderungen

Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen	12
---	----

Service

1. Kontakt: AGuM, Mitgliedergemeinschaften.....	20
2. Mitglieder und Versicherte	21

I. Über uns, die Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Mitgliedergemeinschaften (AGuM)

Die Arbeitsgemeinschaft ist der Zusammenschluss parteipolitisch neutraler und von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden unabhängiger Mitgliedergemeinschaften der Ersatzkassen. Diese Gemeinschaften sind Vereinigungen mit sozialpolitischer Zielsetzung gemäß § 48 SGB IV.

Die Arbeitsgemeinschaft ist ein nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches eingetragener Verein (Amtsgericht Hamburg 69 VR 10779).

Die Arbeitsgemeinschaft fördert das sozialpolitische Engagement ihrer Mitgliedergemeinschaften und vertritt deren Interessen gegenüber Bund, Ländern sowie in der Öffentlichkeit. Sie vertritt die Interessen der Mitgliedergemeinschaften im europäischen und internationalen Kontext.

Die Arbeitsgemeinschaft wirkt im Interesse der Mitgliedergemeinschaften im Spitzenverband Bund der Krankenkassen, im Verband der Ersatzkassen (vdek) und in der Deutschen Rentenversicherung.

Die Arbeitsgemeinschaft übernimmt die Beratung und Information der Mitgliedergemeinschaften in den Bereichen der Sozial- und Gesundheitspolitik. Sie ermöglicht einen Erfahrungsaustausch der Mitgliedergemeinschaften untereinander. *Die Arbeitsgemeinschaft* unterstützt die Mitgliedergemeinschaften in der Selbstverwaltung ihrer jeweiligen Krankenkasse und in der Deutschen Rentenversicherung sowie bei der Vorbereitung der Sozialversicherungswahlen.

Die Arbeitsgemeinschaft kann sich als Verband im Sinne des § 48 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV an den Sozialversicherungswahlen beteiligen.

Die Arbeitsgemeinschaft ist in der öffentlichen Liste, die im Deutschen Bundestag geführt wird, registriert. Damit gehört sie zu den herausragenden Gruppierungen, die im Deutschen Bundestag zu allen sozialversicherungsrechtlichen Fragen und Gesetzgebungsverfahren angehört werden.

Alle in der *Arbeitsgemeinschaft* zusammengeschlossenen Mitgliedergemeinschaften erfüllen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Teilnahme an Sozialversicherungswahlen. Überdies wird den über mehrere Jahrzehnte bestehenden Mitglieder- und Interessengemeinschaften in einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (1 BvR 438/68) attestiert, dass sie sich durch jahrelanges Bestehen, kontinuierliche Vereinsarbeit, beständige Mitwirkung in den Selbstverwaltungsorganen und eine darauf gerichtete Aufgabenstellung in ihren Satzungen als dauernde, ernsthafte Sachwalter erlaubter und anerkannter Interessen ausgewiesen haben.

II. In der AGuM zusammengeschlossene Mitgliedergemeinschaften

Name	Gründungs- jahr
Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Mitgliedergemeinschaften (AGuM)	1984
BARMER GEK-GEMEINSCHAFT Gewerkschaftsunabhängige Interessenvertretung für Mitglieder, Versicherte, Patienten und Rentner seit 1958 e.V.	1958
DAK – Mitgliedergemeinschaft e.V. Gewerkschaftsunabhängig. Gegründet 1955 Versicherte und Rentner in der Kranken- und Rentenversicherung	1955
HEK - Interessengemeinschaft von Mitgliedern und Rentnern HEK e.V -unabhängig -	1952
hkk-Gemeinschaft e.V.	1953
KKH – Versichertengemeinschaft e.V.	1957
TK - Gemeinschaft unabhängige Versichertengemeinschaft der Techniker – Krankenkasse e.V.	1975

III. Aufgaben der Mitgliedergemeinschaften

Die Mitgliedergemeinschaften nehmen die Interessen der Versicherten in den verschiedenen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung wahr.

Die Mitgliedergemeinschaften sehen die soziale Selbstverwaltung als eine unverzichtbare Ausdrucksform unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung an.

Die Mitgliedergemeinschaften sind parteipolitisch neutral und unabhängig von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften.

Die Mitgliedergemeinschaften unterstützen im besonderen Maße das Engagement von Frauen und von jungen Menschen in der Selbstverwaltung.

Die Mitgliedergemeinschaften unterstützen im besonderen Maße die Versicherten mit Migrationshintergrund in ihrem Engagement in der Sozialversicherung.

Die Mitgliedergemeinschaften sind ein Angebot an die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, sich sozialpolitisch zu engagieren.

Die Mitgliedergemeinschaften bringen sich in die politische Diskussion über die Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuches ein.

Die Mitgliedergemeinschaften nehmen über Pressemitteilungen und sonstige Publikationen Stellung zu sozialpolitischen Entwicklungen und tragen so zur sozialpolitischen Willensbildung bei.

Die Mitgliedergemeinschaften beraten und informieren die Versicherten über Fragen der Sozialpolitik.

Die Mitgliedergemeinschaften stellen ehrenamtliche Versichertenberater (-älteste) als Bindeglied zu den Rentenversicherungsträgern auf.

Die Mitgliedergemeinschaften formulieren Argumente zu den vielfältigen Aspekten der Sozialpolitik und bringen sie in ihre Selbstverwaltung ein.

Die Mitgliedergemeinschaften nehmen an den Sozialversicherungswahlen teil. Dabei treten sie dafür ein, dass die Versicherten ihre Vertreter direkt wählen können (Urwahl). Nur so haben die Kassenmitglieder die Möglichkeit, durch ihre Stimme die Sitzverteilung im Verwaltungsrat direkt zu bestimmen.

Die Mitgliedergemeinschaften der AGuM

Für die Interessen der Versicherten.



**TK-Gemeinschaft,
unabhängige Versichertengemeinschaft
der Techniker Krankenkasse e.V.**

IV. Zielvorstellungen der Mitgliedergemeinschaften

Soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit sind entscheidende Eckpfeiler für den sozialen Frieden und die Stabilität unserer Gesellschaft.

Die Gemeinschaften treten daher insbesondere für die Verwirklichung folgender Zielvorstellungen ein:

a. Grundsätzliche soziale Ziele

Die Sozialversicherungssysteme müssen den Bürgern einen angemessenen rechtlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schutz zu sozialverträglichen Beiträgen bieten. Sie sind so zu gestalten, dass sie die allgemeinen Risiken abdecken und zu größerer Selbstständigkeit, mehr Eigenverantwortung, mehr persönlicher Daseinsfürsorge und mehr Unabhängigkeit führen.

Weder Sozialabgaben und Steuern noch Unterstützung und Hilfen sollen die Solidarität der Gemeinschaft unterlaufen. Vielmehr sollen sie dazu beitragen, sowohl den Leistungswillen als auch das Vertrauen in die Zukunft der sozialstaatlich-demokratischen Gesellschaftsordnung zu stärken.

Defizite in der Sozial- und Gesellschaftspolitik zu Lasten der Familie sind zu beseitigen. Soziale Gerechtigkeit und Ausgleich sind herzustellen.

Soziale Sicherheit ist dauerhaft und stabil nur durch eine Organisation garantiert, wie sie die gegliederte Sozialversicherung darstellt.

Für die Lebensplanung der Beitragszahler von heute und morgen ist die Funktions- und Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung als wichtigem Gemeinschaftsgut auf eine verlässliche Grundlage zu stellen. *Sie muss wieder paritätisch finanziert werden.* Allen Versuchen der Arbeitgeber, die Lasten der Sozialversicherung einseitig den Versicherten aufzubürden, werden wir uns widersetzen.

Aus politischen Gründen zugebilligte und nicht zur Versicherung gehörende Sozialleistungen sind aus Steuermitteln und nicht aus Sozialversicherungsbeiträgen zu finanzieren. So genannte "Verschiebebahnhöfe" sind zurückzuführen.

Das Recht auf Selbstverwaltung ist für die gegliederte Sozialversicherung unabdingbar. Es soll nicht nur gesetzlich geregelt, sondern verfassungsrechtlich garantiert sein. *Die demokratische Legitimation der Selbstverwalter ist durch eine "echte" Wahl (Urwahl) zu unterstützen.*

Der Staat hat die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung sicherzustellen und zu fördern und darf deren Aufgaben und Rechte nicht zum Zweck des eigenen Machtzuwachses vereinnahmen.

Die Sozialgerichtsbarkeit hat stets dem Interessenausgleich zu dienen und Rechtsnormen und Individualgerechtigkeit sicherzustellen.

Der Datenschutz ist so zu regeln, dass schutzwürdige Belange des Einzelnen nicht beeinträchtigt werden.

b. Krankenversicherung

Von der Gesundheitspolitik wird gefordert, dass allen Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hohe Gesundheitsversorgung zu sozial tragbaren Beiträgen erhalten. Medizinischer Fortschritt muss allen Versicherten, ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftliche Situation und ihr Alter, im Rahmen von Sachleistungen zur Verfügung stehen.

Prävention muss eine Investition in die Zukunft sein. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zwischen den verschiedenen Leistungsträgern koordiniert werden muss.

Das Prinzip der solidarischen Krankenversicherung, "Gesunde für Kranke" und "Junge für Alte" ist für unser Handeln von zentraler Bedeutung. Der auf Solidarität basierende umfassende Versicherungsschutz der GKV ist ein entscheidender Standortfaktor und Garant für die Stabilität und Zukunft unseres Landes.

Das System der gegliederten Krankenversicherung und die Stellung der Ersatzkassen sind zur Förderung des Wettbewerbs beizubehalten. Die zukunftsweisenden Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen gestärkt werden; Solidarität, Sachleistung und Pluralität müssen weiterhin die Ausgangsbasis einer zukunftsfähigen GKV* bilden. Dabei sind gleiche Bedingungen für alle Kassenarten Grundvoraussetzung.

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die Grundlage moderner medizinischer Versorgung. Die Politik muss deshalb die Position der Krankenkassen und ihrer Verbände so stärken, dass sie die Interessen der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern wirksam wahrnehmen können.

Für Leistungen im Gesundheitssektor fordern wir einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz.

**Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) blicken auf eine lange über 125jährige Tradition zurück: Bereits im Jahre 1883 hat Bismarck die soziale Absicherung im Krankheitsfall eingeführt. Heute ist die gesetzliche Krankenversicherung eine der fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems, in der 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung versichert sind. Verschiedene Kassenarten sorgen dafür, dass Sie im Krankheitsfall bestens aufgehoben sind.*

c) Rentenversicherung

Eine der tragenden Säulen der sozialen Sicherung in unserem Lande ist die Deutsche Rentenversicherung.

Durch klare, sachgemäße und dauerhafte Rahmenbedingungen für Beiträge, Leistungen und Bundeszuschüsse ist die gesetzliche Rentenversicherung auf eine das Vertrauen fördernde Grundlage zu stellen.

Die nebeneinander bestehenden Alterssicherungssysteme müssen sich ergänzen. Tragende Säule der Sicherung von Einkommen im Alter muss die Rente bleiben.

Für die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind alle medizinischen Maßnahmen im Rehabilitationsbereich auszuschöpfen, bevor eine vorzeitige Rente zugebilligt wird.

Eine während des Erwerbslebens auftretende Berufsunfähigkeit ist gesetzlich durch eine ausreichende Versorgung abzusichern. Träger einer solchen Berufsunfähigkeitsrente sollte die Deutsche Rentenversicherung sein.

d) Pflegeversicherung

Ziel gesundheitspolitischer Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen muss die Erhaltung der Selbstständigkeit, die Minderung der Abhängigkeit bzw. die Beschränkung der Abhängigkeit auf das notwendige Maß sein. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist weiterhin zu ermöglichen und das Recht der Pflegebedürftigen auf menschenwürdige Pflege zu Hause oder im Heim sicherzustellen.

Für Demenzkranke sind besondere Programme aufzulegen und die Regelungen des SGB XI entsprechend zu erweitern.

Der Aufbau von Pflegestützpunkten wird von uns politisch unterstützt. Für Betroffene und Angehörige bedeuten die wohnortnahen Pflegestützpunkte einen praktischen Schritt nach vorn, werden sie doch hier über Pflegeleistungen und -einrichtungen umfassend, neutral und unabhängig informiert und beraten. Die Erfahrungen der Pflegekassen sind hierbei zu nutzen.

Aktuelle Forderungen der AGuM

vdek

Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen¹

Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihr Gesicht in den letzten Jahren verändert: Stichworte hierfür sind der Gesundheitsfonds, der bundeseinheitliche Beitragssatz, und der Krankenkassendachverband. Die staatliche Einflussnahme hat deutlich zugenommen. Durch die Wirtschaftskrise gehen die Einnahmen zurück. Die großzügigen Geldgeschenke an Ärzte und Pharmaindustrie haben bisher nicht zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung beigetragen. Die Rechnung zahlen die Versicherten; spätestens, wenn die Gelder des Gesundheitsfonds nicht mehr ausreichen, um die Folgen der Wirtschaftskrise und steigende Ausgaben zu finanzieren, und wenn Zusatzbeiträge erhoben werden müssen.

Der auf Solidarität basierende umfassende Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein entscheidender Standortfaktor und Garant für die Stabilität der Gesellschaft. Um auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten zu können, bieten die Ersatzkassen Lösungen für eine gerechte und nachhaltige Finanzierung, für mehr Wettbewerb und eine bessere Versorgung zur Vermeidung von Leistungskürzungen. Denn wir wollen, dass auch künftig mit Fug und Recht behauptet werden darf: Deutschland hat eines der besten Gesundheitswesen der Welt!

Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren mehr als 24 Millionen Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden und ihnen individuelle Versorgungsangebote zu unterbreiten, setzen sich die Ersatzkassen für ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen ein. Wettbewerb fördert Innovationen in der Versorgung und unterstützt eine verbesserte Ressourcensteuerung.

Stabilitätsfaktor gesetzliche Krankenversicherung

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung sichert allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung im

¹ vdek, Abteilung Politik / Selbstverwaltung; Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen, Juli 2009. Der Text wurde im Frühjahr 2010 den aktuellen politischen Verhältnissen angepasst.

Krankheitsfall. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, muss das System gesellschaftliche Veränderungen antizipieren. So bewirkt beispielsweise der demographische Wandel der Bevölkerung eine Veränderung der Versorgungsnotwendigkeiten. Dies muss bei den Veränderungsprozessen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden.

Die soziale Krankenversicherung in Deutschland bietet 90 Prozent der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Dieser auf Solidarität basierende Schutz ist ein entscheidender Standortfaktor und hat maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beigetragen. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist ein Garant für die Stabilität unserer Gesellschaft. Kapitalgedeckte Schutzsysteme, das zeigt die Finanzkrise, unterliegen dagegen den Risiken der Finanz und Kapitalmärkte. Insbesondere die Stabilität und der hohe Versorgungsgrad unseres umlagefinanzierten Gesundheitssystems haben die neue US-Regierung veranlasst, ihr Gesundheitswesen entsprechend reformieren zu wollen. Insgesamt zeigt sich: Das deutsche Gesundheitssystem hat sich bewährt und dient anderen Ländern als Vorbild. Es gilt die Strukturen evolutionär weiterzuentwickeln. Ein Systemwechsel wäre schädlich.

Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren mehr als 24 Millionen Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden und ihnen individuelle Versorgungsangebote zu unterbreiten, setzen sich die Ersatzkassen für ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen ein. Wettbewerb fördert Innovationen in der Versorgung und unterstützt eine verbesserte Ressourcensteuerung.

Zunehmender Finanzdruck

Angesichts der prognostizierten, nur langsamen wirtschaftlichen Erholung ist auch 2010 und 2011 beim Gesundheitsfonds mit hohen Einnahmeausfällen zu rechnen. Daher fordern die Ersatzkassen: Um die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise für die GKV zu dämpfen, soll das Liquiditätsdarlehen 2009 in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden; sollten 2010 und 2011 ebenfalls Darlehen des Bundes notwendig sein, sind diese ebenfalls in einen Zuschuss umzuwandeln.

Gerechtere und effizientere Finanzierung

Die Finanzierung der GKV erfolgt auch nach Einführung des Gesundheitsfonds primär prozentual und Einkommensbezogen. Die unterschiedlichen „Finanzierungssäulen“ sind: Der bundeseinheitliche, staatlich festgelegte Beitragssatz in Höhe von 14,9 %, davon sind 14,0 % paritätisch von Versicherten und

Arbeitgebern finanziert. Die Versicherten tragen somit den „Sonderbeitrag“ in Höhe von 0,9 % weiterhin allein.

Hinzu kommen – in der Systematik des Fonds - kassenindividuelle Zusatzbeiträge der Versicherten. Eine weitere bedeutende Finanzierungssäule sind anwachsende Steuerzuschüsse.

Bereits in den letzten Jahren hat sich die Finanzierungsarchitektur des Gesundheitswesens zu Lasten der Versicherten und Patienten verschoben. Heute sollen die Versicherten neben erhöhten Zuzahlungen und dem „Sonderbeitrag“ nun auch noch Zusatzbeiträge leisten. Der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber ist entsprechend rückläufig. Damit schwindet auch die Verantwortung der Arbeitgeber für ein effizientes Versorgungssystem. Langfristig stellt diese Entwicklung eine Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Zukunft der Sozialpartnerschaft dar. Daher plädieren die Ersatzkassen für eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versicherte und Arbeitgeber.

Bis dahin sollten aus Sicht der Ersatzkassen zumindest die negativen Wirkungen der Zusatzbeiträge reduziert werden. Pauschale Zusatzbeiträge sind sozial ungerecht, da sie insbesondere die Versicherten mit geringen Einkommen belasten. Sie verursachen zudem einen hohen bürokratischen Aufwand. Es müssen 50 Millionen neue Versichertenkonten geschaffen und gepflegt werden, was nach GKV-Berechnungen Kosten in Höhe von 0,5 bis einer Mrd. Euro verursachen wird. Diese Mittel stehen dann für die Versorgung der Versicherten nicht mehr zur Verfügung.

Zur Vermeidung der negativen Wirkungen sollte der Zusatzbeitrag verpflichtend für alle Kassen prozentual erhoben werden. Der Zusatzbeitrag wird auf den „Sonderbeitrag“ der Versicherten aufgeschlagen. Das heißt, eine Krankenkasse, die künftig mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, wird von ihren Versicherten einen entsprechend erhöhten „Sonderbeitrag“ erheben. Der gesamte Krankenversicherungsbeitrag, inklusive des allein von den Versicherten zu tragenden prozentualen „Sonderbeitrags“, wird in bewährter Form im Quellenabzugsverfahren von den Arbeitgebern und den anderen Beitrag zahlenden Stellen (insbesondere Rentenversicherung und Bundesagentur) eingezogen. Weiterhin sind die Beiträge aus dem allgemeinen einheitlichen Beitragssatz (14,9 %) vollständig an den Gesundheitsfonds abzuführen. Darüber hinausgehende kassenindividuelle Zusatzbeiträge verbleiben bei den Krankenkassen.

Damit kann auf die teure Einführung von gesonderten Versichertenkonten verzichtet und sichergestellt werden, dass die Beiträge auch tatsächlich in vollem Umfang eingehen. Ein prozentualer Zusatzbeitrag hat den Vorteil, dass er die Leistungsfähigkeit der Versicherten berücksichtigt.

Ressourcensteuerung statt Rationierung von Leistungen

Die Rationierung von Leistungen als Lösung für die Finanzprobleme, wie es jüngst von einigen Ärztefunktionären vorgeschlagen wurde, lässt die nach wie vor vorhandenen Möglichkeiten der besseren Koordinierung, der effizienteren Verwendung der vorhandenen Ressourcen sowie das Problem der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung in der GKV völlig außer acht. Hierzu gehören insbesondere eine bessere Verzahnung durch sektorübergreifende Versorgungspfade, der indikationsgerechte Einsatz von modernen Behandlungsmethoden, mehr Qualität und Transparenz sowie mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

Die Diskussion über die Rationierung von Leistungen schürt unnötige Ängste bei den Versicherten. Das Vertrauen in unser Gesundheitssystem wird erschüttert. Dies, obwohl ausreichend Mittel im System vorhanden sind. Die finanzielle Absicherung der Risiken im Krankheitsfall muss auch in Zukunft für die Versicherten bezahlbar bleiben. Weiterhin muss gelten „Rationalisierung vor Rationierung“, damit die unbestreitbaren Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können. Nur wenn die Politik für ausreichende und funktionierende Instrumente zur Ressourcensteuerung der medizinischen Versorgung sorgt, kann auch eine nachhaltige Finanzierung gewährleistet werden.

Mehr Wettbewerb in der Versorgung

Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem ist eine wesentliche Strategie der verbesserten Ressourcensteuerung. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erweiterten Vertragsmöglichkeiten sind Instrumente für einen Wettbewerb um eine verbesserte Versorgung im Interesse der Versicherten. Dabei bilden die Kollektivverträge die Grundlage einer flächendeckenden Versorgung. Der Suchprozess um bessere Versorgungslösungen erfolgt für die Zukunft durch ergänzende Selektivverträge. Perspektivisch ist eine Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten erforderlich, um besondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern. Voraussetzung dafür sind flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen (Budgetbereinigung etc.), die die Anreize für die Wettbewerbsteilnehmer setzen.

Dagegen wird mit dem derzeitig verpflichtenden Abschluss von Verträgen zur hausärztlichen Versorgung nach § 73 b SGB V ein neues Monopol auf Seiten der Leistungsanbieter gebildet. Das zentrale Ziel einer qualitativen Verbesserung der Versorgung wird verfehlt. Durch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V werden eher Finanzmittel verschwendet, statt die Qualität zu verbessern. Die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V muss in der nächsten Legislaturperiode entfallen.

Mit der Honorarreform der Ärzte zum 1.1.2009 wurden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen beseitigt und der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ umgesetzt. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds sind gleiche und

faire Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen unabdingbar. Daher müssen auch für den vertragszahn-ärztlichen Bereich die historisch bedingten Honorarunterschiede zwischen den Kassenarten beseitigt werden. Die derzeitige Schieflage steht einem funktionalen Wettbewerb entgegen. Für den zahnärztlichen Bereich muss unverzüglich – durch Punktwertangleichung - eine Harmonisierung der Preise erfolgen.

Darüber hinaus erfordert der Wettbewerb um neue Versorgungsformen auch, dass die Krankenkassen einem vergleichbaren Wettbewerbsrahmen unterliegen. Bereits in der Vergangenheit hat die unterschiedliche Zuständigkeit der Länderaufsichten für landesunmittelbare Kassen und des Bundesversicherungsamtes für bundesunmittelbare Kassen zu divergierenden Entscheidungen geführt. Mit Blick auf einen zunehmenden Vertragswettbewerb kann dies vor Ort zukünftig vermehrt dazu führen, dass Verträge, die zum Teil von Kassengemeinschaften abgeschlossen werden, unterschiedlich durch die jeweils für die Kasse zuständige Aufsicht ausgelegt und genehmigt werden. Die Ersatzkassen fordern daher eine bundesweit einheitliche Aufsichtspraxis für alle Krankenkassen.

Effektivere Preissteuerung und reduzierte Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln

Während sich im Generikabereich durch Festbeträge und Rabattverträge die Ausgabedynamik in Grenzen hält, ist die Kostenentwicklung bei patentgeschützten Arzneimitteln nach wie vor besorgniserregend. Insgesamt belastend wirken die medizinisch nicht nachvollziehbare Entwicklung der Verordnungsmenge und der Trend zur Versorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln.

Die Ersatzkassen begrüßen die 2007 eingeführte Möglichkeit zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Kosten-Nutzen-Bewertungen sind ein erster wichtiger Schritt zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem Teilsegment des patentgeschützten Arzneimittelmarktes. Sie zielt auf die Bewertung neuer Arzneimittel mit belegtem zusätzlichem therapeutischen Nutzen und muss weiter forciert werden.

Nicht einbezogen in die Bewertungen des IQWiG sind therapeutische Solisten, also Arzneimittel ohne Vergleichsmöglichkeiten und so genannte Me-too-Präparate (Scheininnovationen). Insbesondere für diese beiden genannten Arzneimittelgruppen fordern die Ersatzkassen eine strikte gesetzliche Kostenbegrenzung (4. Hürde). Deutschland ist neben Dänemark das einzige EU-Mitgliedsland, das auf Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz erhebt. Würde, ähnlich wie im vergangenen Jahr in Österreich beschlossen, nur noch der reduzierte Mehrwertsteuersatz angewendet, ließen sich für die GKV in 2009 rund 3,7 Mrd. Euro Arzneimittelausgaben einsparen.

Forcierung der Versorgungsforschung und Versorgungsangebote für eine älter werdende Gesellschaft

Im Gesundheitswesen fehlen vielfach Erkenntnisse über den Nutzen medizinischer Leistungen. Daher sollte künftig mit Unterstützung praxisnaher und methodisch hochwertiger Versorgungsforschung evaluiert werden, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung nachhaltig verbessern. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass Versorgungsforschung unabhängig von den Interessen der Leistungserbringer erfolgt. Die bisher zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel reichen nicht aus.

Die demographische Entwicklung wird häufig als eine der Hauptursachen für den Anstieg der Gesundheitsausgaben gesehen. Die kurz- und mittelfristige Kostenentwicklung wird dabei deutlich überschätzt. Eine „alternde“ Gesellschaft benötigt allerdings eine Veränderung des Versorgungsspektrums, da mehr altersassoziierte Erkrankungen (wie etwa Hypertonie und Diabetes) sowie mehr chronisch degenerative Erkrankungen (wie etwa Demenz und Parkinson) eine stärkere geriatrisch ausgerichtete Versorgung erfordern. Daher müssen rechtzeitig neue Versorgungskonzepte entwickelt und die Versorgungsstrukturen angepasst werden.

Hierzu sind seitens der Versorgungsforschung ebenfalls Erkenntnisse und Vorschläge zu erarbeiten. Dies gilt auch bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Hier sollte eine Schwerpunktsetzung für eine altersgerechte medizinische Versorgung erfolgen.

Sofortmaßnahmen

Um die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise für die GKV zu dämpfen, soll das Liquiditätsdarlehen in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden. Sollten 2010 und 2011 Darlehen des Bundes notwendig sein, sind diese in einen Zuschuss umzuwandeln.

Die Bundesagentur für Arbeit sollte außerdem künftig für Arbeitslose (ALG II-Empfänger) kostendeckende Beiträge an die GKV zahlen, die zumindest annähernd die Durchschnittsausgaben decken.



Wir sichern Generationen

Startschuss für die Sozialwahlen 2011 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund

Mit der konstituierenden Sitzung des Wahlausschusses haben bei der Deutschen Rentenversicherung Bund die vorbereitenden Arbeiten für die nächsten Sozialwahlen begonnen die am 1. Juni 2011 stattfindet

Unter dem Vorsitz von Dr. Herbert Rische, Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, wird der Wahlausschuss in der Zeit bis zum Wahltag für die Sozialwahlen regelmäßig zusammenkommen und alle Entscheidungen zur Vorbereitung und Durchführung der Wahl zur Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund treffen. Der Wahlausschuss ist, ebenso wie die Selbstverwaltungsgremien auch, paritätisch mit Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten- und der Arbeitgeberseite besetzt.

Bei der am 1. Juni 2011 stattfindenden Sozialwahl werden bei allen Trägern der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gewählt. Allein bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Ersatzkassen werden weit über 40 Millionen Versicherte berechtigt sein, per Briefwahl die Mitglieder der Vertreterversammlung und des jeweiligen Verwaltungsrates zu bestimmen. Die gewählten Mitglieder der Selbstverwaltung treffen vor allem Entscheidungen in den wichtigen Bereichen Finanzen, Rehabilitation, Organisation und Personal der Versicherungsträger.

22.01.2010

Deutsche Rentenversicherung Bund

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation

10704 Berlin

Anhang

Tabelle 1: Kontakt : AGuM Mitgliedergemeinschaften

Tabelle 2: Mitgliederzahlen der von Vertretern der Mitgliedergemeinschaften repräsentierten Sozialversicherungsträger

Tabelle 1: Kontaktadressen zu den Mitgliedergemeinschaften

Name	Anschrift	Kontakt
Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Mitgliedergemeinschaften der Ersatzkassen (AGuM)	Birkenstraße 26 90537 Feucht	Telefon: 09128 - 39 39 Mail: www.agum-ek.de
BARMER GEK-Gemeinschaft Gewerkschaftsunabhängige Interessenvertretung für Mitglieder, Versicherte, Patienten und Rentner seit 1958 e.V.	c/o Thomas Heerbeck Weißdornweg 6 76337 Waldbronn	Telefon: 07243 - 68208 Mail: info@barmer-gemeinschaft.de www.barmer-interessengemeinschaft.de
DAK–Mitgliedergemeinschaft e.V. Gewerkschaftsunabhängig. Gegründet 1955 Versicherte und Rentner in der Kranken- und Rentenversicherung	Am Schlagsberg 25 57258 Freudenberg	Telefon: 02734 271561 Mail: info@dak-mitgliedergemeinschaft.de www.dak-mitgliedergemeinschaft.de/kontakt
hkk-Gemeinschaft e.V.	Butlandsweg 9D 28357 Bremen	Telefon: 0421/275477 Mail: reumann@landmann.de www.hkk-gemeinschaft.de
HEK-Interessengemeinschaft von Mitgliedern und Rentnern e. V. - unabhängig -	Achtern Beek 1 25462 Rellingen	Telefon: 04101/32453 Mail: kahelutmer@t-online.de www.hek-interessengemeinschaft.de
KKH–Versichertengemeinschaft e.V.	Geschäftsstelle Birkenstraße 26 90537 Feucht	Telefon: 09128/3939 Mail: kontakt@kkh-versichertengemeinschaft.de www.kkh-versichertengemeinschaft.de
TK–Gemeinschaft unabhängige Versichertengemeinschaft der Techniker–Krankenkasse e.V.	Geschäftsstelle Postfach: 101914 63019 Offenbach am Main	Mobiltelefon: 0172/4301615 Mail: info@tk-gemeinschaft.de www.tk-gemeinschaft.de

Tabelle 2: Mitglieder und Versicherte

	Bestand am 01.Mai 2010 in Mio.	
	Mitglieder	Versicherte
Barmer - GEK	6.480.997	8.519.865
Deutsche Angestellten- Krankenkasse	4.722.959	6.039.330
HEK – Hanseatische Krankenkasse	267.079	371.588
hkk	223.326	318.668
KKH – Allianz	1.517.200	2.048.632
Techniker Krankenkasse	5.158.394	7.381.986
<hr/>		
Verband der Angestellten- Krankenkassen e.V. - vdek	18.369.955	24.734.069
<hr/>		

Amtliche Statistik, KM 1, Juni 2010