

Redmail

SPD Hameln-Pyrmont

Ausgabe 07/2006 ■ 04. August 2006



Gabriele Lösekrug-Möller

Sommerpause?

Dies ist in erster Linie eine Redmail für Daheimgebliebene. Auch wir haben es in diesem Sommer gut!

Obwohl in Brüssel, Berlin und Hannover die Parlamente „sitzungsfrei“ haben, ist der Sommer 2006 hoch politisch.

- Die Eckpunkte der Gesundheitsreform werden (zu recht) heiß diskutiert. Dazu Infos.
- Unser Landtagsabgeordneter Volker Brockmann kritisiert einmal mehr den Niedersächsischen Umweltminister Sander.
- Und in Hameln-Pyrmont? Die Kommunalwahl zeigt sich bereits plaktiv. Wir sind gut aufgestellt. Unsere KandidatInnen sind TOP und unsere Programme auch.

Also, einen wunderbaren Restsommer und vor allen Dingen allen, die in ein erstes/neues Kindergarten- und/oder Schuljahr starten:

Inhalt

Aus dem Unterbezirk

- Weg mit den Kindergebühren
- Brigitte Zypries und Anke Fuchs in Hameln

Aus Hannover

- Aus für die Soltec?
- Zeugnis für die Landesregierung

Aus Berlin

- Fragen und Antworten zur Gesundheitsreform

Termine

ALLES GUTE.VON ANFANG AN!

Eure

Gabriele Lösekrug-Möller

Aus dem Unterbezirk

Weg mit den Kindergeldern

Informationen aus dem Unterbezirk

Die SPD Niedersachsen hat mit ihrem Konzept „Zukunft der Bildung“ auf ihrem letzten Parteitag einstimmig ein umfassendes Bildungskonzept verabschiedet. So soll auch die frühkindliche Bildung, Erziehung und Betreuung in Niedersachsen gestärkt werden.

Die SPD in Hameln-Pyrmont möchte dieses Konzept unterstützen. Informationen zu dem Konzept ist im Internet unter www.spdnds.de zu finden oder kann per Mail (hameln-pyrmont@spd.de) aus dem Rosa-Helfers-Haus angefordert werden.

Worum geht es im Einzelnen?

Auf den Start kommt es an...

Seit Jahren wird darüber geredet, dass der Staat mehr in die Bildung investieren muss. Seitdem ist auch klar: Die ersten Jahre im Leben eines Kindes sind für den weiteren Bildungsweg entscheidend. Der dreijährige Besuch eines Kindergartens ist dabei ein wichtiger Baustein.

Gleichzeitig fällt es vielen Eltern nicht leicht, die Gebühren für den Besuch im Kindergarten aufzubringen. 20 Prozent aller Kinder zwischen 3 und 6 Jahren besuchen deshalb keinen Kindergarten. Oft sind dies die Schwächsten, deren Bildungschancen so weiter verschlechtert werden.

Die SPD stellt deshalb fest: Geredet wurde schon genug – jetzt muss gehandelt werden.

Der erste Schritt: Ein freies Kindergartenjahr...

Die SPD-Fraktion im Niedersächsischen Landtag hat beantragt, dass ab dem Jahr 2007 ein Kindergartenjahr für die Eltern kostenfrei werden soll. Die den Kommunen dadurch entstehen finanziellen Ausfälle in Höhe von ca. 90 Mio. Euro soll das Land erstatten.

Den Kommunen sollen wählen können, ob sie das 1. oder das 3. Kindergartenjahr freistellen.

...weitere Schritte folgen:

In ihrem Programm für die Landtagswahl 2008 hat die SPD klargestellt: Nur ein kostenfreies Jahr ist nicht genug. Nach der gewonnenen Landtagswahl werden wir deshalb schrittweise bis zum Ende der Legislaturperiode auch die weiteren zwei Jahre gebührenfrei stellen.

Kostenfreiheit ist wichtig. Sie ist aber nicht genug. Deshalb plant die SPD auch eine Verbesserung der Qualität der Kindergärten durch intensiveren Sprachunterricht, durch eine Verbesserung der Erzieherinnenausbildung und durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Grundschule.

Viel Lärm um nichts!

Die CDU-Landesregierung hat den Antrag der SPD auf ein freies Kindergartenjahr im Landtag abgelehnt. Obwohl das Land aufgrund der erhöhten Mehrwertsteuer in den nächsten Jahren jeweils über 600 Mio. Euro mehr einnehmen wird. – Stattdessen wurden für 2007 nur 25 Mio. Euro für Modellprojekte eingestellt. Ein klares Konzept, wie diese Mittel für eine bessere Bildungsarbeit in den Kindergärten verwendet werden sollen, gibt es dafür allerdings nicht.

Wir meinen: Das soll nur ein billiges Trostpflaster für die Eltern in Niedersachsen sein.

Uns ist das nicht genug. Für die SPD in Hameln-Pyrmont gilt:

Bildung fängt im Kindergarten an.

Bundesjustizministerin Brigitte Zypries und Bundesministerin a.D. Anke Fuchs in Hameln Veranstaltungsankündigung

Gleich zweimal bekommt Hameln prominenten Besuch im August.

Bereits

am Donnerstag, den 17. August 2006

ab 16.00 Uhr

Kurie Jerusalem

Kopmanshof/Alte Marktstraße, Hameln.

besucht die Bundesministerin a.D. und Präsidentin des Deutschen Mieterschutzbundes Anke Fuchs die Rattenfängerstadt. Sie referiert zu dem Thema:

„Die soziale Stadt – kommunales Wohnen in der Zukunft“

Nur eine Woche später ist die Bundesjustizministerin Brigitte Zypries bei uns zu Gast. Sie wird über „Patientenverfügungen“ sprechen.

Die Veranstaltung findet statt

am Donnerstag, den 24. August 2006

ab 17.00 Uhr

Töneböhn am Klüt/Café-Restaurant

Breckehof 1, 31787 Hameln.

Neben der Oberbürgermeisterkandidatin Susanne Lippmann ist auch viel örtlicher Parteiprominenz dabei. Alle Genossinnen und Genossen sind herzlich mit Familie, Freunden und Bekannten zur Teilnahme eingeladen.

Aus Hannover

Aus für die Soltec?

Pressemitteilung von Volker Brockmann, MdL

Die SPD kritisiert die Entscheidung von Umweltminister Sander, die Förderung der Solar-Fachmesse Soltec in Hameln einzustellen. „Niedersachsen droht seine bis 2003 hart erarbeitete Vorreiterrolle bei der Nutzung der Solarenergie zu verspielen“, sagte der heimische Landtagsabgeordnete Volker Brockmann. „Es geht dabei nicht nur um die 32.000 Euro, die der Soltec in diesem Jahr fehlen werden. Es geht vor allem darum, dass Umweltminister Sander offensichtlich kein Interesse an der Förderung erneuerbarer Energien hat.“

„Seit 2003 hat die Landesregierung fast alle Initiativen zur Unterstützung der Solarenergie eingestampft“, so die weitere Kritik von Volker Brockmann. „Es wäre ein schwerer Schlag für die Stadt, wenn es nach der Streichung der Landeszuschüsse Abstriche an dem ambitionierten Konzept der Soltec geben müsste.“

Der Landtag hat erst am 17. Mai diesen Jahres einen SPD-Antrag abgelehnt, in dem eine „Mittelstandsoffensive solar“ eingefordert worden war. In der Landtagsdebatte sagte Umweltminister Sander wörtlich: „Wenn Sie fordern, dass die Landesregierung die Rahmenbedingungen für den Solaranlagenbau verbessern soll, so will ich das gerne aufgreifen und gemeinsam mit Ihnen dafür beten, dass die Sonne in Niedersachsen in der Zukunft noch öfter scheinen möge als bisher.“ „Damit hat sich der für erneuerbare Energien zuständige Minister selbst disqualifiziert: Beten allein hilft in der Politik nur ganz selten“, so Brockmann.

Zum Ferienbeginn Zeugnis auch für die Landesregierung

Mitteilung der Niedersächsischen SPD-Landtagsfraktion

Ab dem neuen Schuljahr soll die Lernentwicklung aller Schülerinnen und Schüler in Niedersachsen systematisch dokumentiert werden. Am Tag des Ferienbeginns nimmt die SPD-Fraktion dies zum Anlass einer pädagogischen Bestandsaufnahme für Christian Wulff und seine Klassenkameraden.

Christian Wulff

Christians schulische Leistungen haben in jüngster Zeit erheblich nachgelassen. Offensichtlich leidet er sehr darunter, auf dem Schulhof nicht mehr mit den „Großen“ aus Berlin spielen zu dürfen. Häufig schmolzt er deshalb und versucht die älteren Schüler durch hässliche Bemerkungen zu ärgern. In seiner eigenen Klasse beteiligt sich Christian nur selten am Unterricht, dafür treibt er sich gerne auf Partys herum. Christian muss sich wieder mehr auf die Schule konzentrieren.

Walter Hirche

Walter hat es in seiner Klasse nicht leicht, weil er nach mehrmaligem Sitzenbleiben viel älter ist als alle anderen. Seine Mitschüler tanzen ihm oft auf der Nase herum. Walter tut so als merke er das nicht. Im Unterricht ist er lustlos, öfter abgelenkt und beteiligt sich nur selten. Insgeheim freut er sich darauf, die Schule vorzeitig verlassen zu dürfen.

Bernd Busemann

Bernd redet zu viel und reagiert sehr ungehalten, wenn man ihn auf das eigentliche Thema anspricht. Bernd vergisst häufig, seine Hausaufgaben zu machen. Wenn er dabei erwischt wird, versucht er, durch nicht zur Sache gehörendes Gerede davon abzulenken.

Hartmut Möllring

Hartmut hat erhebliche Rechenschwächen. Die will er durch rüpelhaftes Verhalten überdecken. Weil er nur ganz wenige Freunde hat, versucht er sich gelegentlich auch als Illusionskünstler: Er versteckt Schulden und behauptet, sie seien damit weg. Dieses Zauberkunststück nimmt ihm aber niemand ab.

Uwe Schünemann

Uwe steckt in einer tiefen Identitätskrise. Eigentlich wollte er auf dem Schulhof immer der Stärkste sein und deshalb von allen bewundert werden. Das hat aber nie so recht geklappt. Weil niemand mit ihm „Räuber und Gendarm“ spielen will, hat er sich eine kleine Truppe von Hilfssheriffs geschaffen. Die müssen alles mitmachen, was er will.

Elisabeth Heister-Neumann

Elisabeth fällt im Unterricht nur selten positiv auf. Sie würde auch gerne mit den Größeren spielen, aber die lassen sie nicht. Elisabeth kleidet sich nicht immer so, wie es die Schulordnung vorsieht.

Lutz Stratmann

Lutz ist ein in seiner Klasse beliebter Schüler, der aber noch lernen muss, sich gegen andere durchzusetzen. So schafft er es bis heute nicht sich zu wehren, wenn Hartmut ihm sein Spielzeug wegnimmt. Eigentlich hat Lutz gar keine Lust auf die Schule.

Mechthild Ross-Luttmann

Mechthild ist neu in der Klasse und hat ihre Rolle noch nicht richtig gefunden. Mechthild wird von ihren Klassenkameraden nicht so recht ernst genommen, obwohl sie sich wirklich bemüht. Sie hat es aber auch besonders schwer, weil sie den Sitzplatz von Röschen übernommen hat, die früher viel kaputt gemacht hat.

Hans-Heinrich Ehlen

Hans-Heinrich ist ein gemütlicher Zeitgenosse, der sich am liebsten im Freien aufhält. Er ist bei seinen Freunden auf dem Land sehr beliebt. Mit denen spielt er gerne auf dem Bauernhof. Leider vergisst er dabei oft, auf sie aufzupassen. Denn eigentlich soll er darauf achten, dass seine Freunde nichts Falsches in die Futtertröge tun.

Hans-Heinrich Sander

Hans-Heinrich ist eigentlich sehr nett. Wenn der Unterricht im Schulgarten stattfindet, fällt er allerdings immer wieder unangenehm auf. Dann zertrampelt er nämlich die mühsam angelegten Biotope und sagt, man müsse Politik mit den Menschen machen.

Aus Berlin

Fragen und Antworten zur Gesundheitsreform Informationen des SPD-Parteivorstandes

Warum brauchen wir Reformen im Gesundheitswesen?

Unser Gesundheitswesen ist gut, auch im internationalen Vergleich. Jeder erhält notwendige medizinische Leistungen auf der Höhe des medizinischen Fortschritts.

Zugleich werden die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall wirtschaftlich und sparsam genug verwendet. Es gibt ein Nebeneinander von Unterversorgung, Überversorgung und schlechter Versorgung. Die Qualität der Versorgung unterscheidet sich mancherorts erheblich. Das Gesundheitswesen ist für viele nicht durchschaubar und es gibt zu wenig Wettbewerb, z.B. bei der Gestaltung der Versorgung, bei den privaten Krankenversicherungen oder im Arzneimittelbereich.

Medizinischer Fortschritt, die Altersentwicklung der Bevölkerung und eine veränderte Arbeitswelt lassen die Gesundheitsausgaben in Zukunft stärker steigen, während die Einnahmen aus Beiträgen unsicherer werden. Die gesetzliche Krankenversicherung ist aber ein Kernbestandteil des Sozialstaats und der sozialen Sicherungssysteme, der künftig nicht mehr aus den Beiträgen der Versicherten allein finanziert werden kann. Die gesamtgesellschaftlichen und sozialen Leistungen des Gesundheitswesens müssen stärker als bisher von der Allgemeinheit getragen werden.

Was sind die wesentlichen Inhalte der Reform?

Mit der Umgestaltung der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung erreichen wir, dass alle Menschen einen Versicherungsschutz bekommen, die Leistungen des Gesundheitswesens in gesicherter Qualität erbracht werden und Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung abgebaut werden.

Die Regeln für die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden so gestaltet, dass eine bessere und effizientere medizinische Versorgung möglich ist. Die Patientinnen und Patienten werden mehr Wahlmöglichkeiten haben und sie werden sich noch besser als bisher über Leistungen und Kosten informieren können. Der Wettbewerb um die beste Versorgung zwischen den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern wird gestärkt.

Der Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privatversicherungen (PKV) wird fairer, auch Privatversicherte sollen innerhalb der privaten Anbieter und auch zur GKV wechseln können.

Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens werden modernisiert und neu geordnet. So wird die Zahl der Krankenkassen durch erleichterte Fusionsmöglichkeiten sinken und es wird nur einen Spitzenverband geben.

Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds schaffen wir die Voraussetzungen dafür, dass ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote erhöht werden können. Zusammen mit der erheblichen Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs

wird damit die Grundlage für einen fairen Wettbewerb zu Gunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten unternommen.

Künftig werden die Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer einheitlich festgelegt.

Mit dem Einstieg in eine teilweise Steuerfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Finanzierung auf eine langfristig stabile, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig stellen wir sicher, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.

Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert. Das spezifische Geschäftsmodell der Privaten Krankenversicherung bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen und die Schaffung eines Basistarifs für alle freiwillig Versicherten wird der Wettbewerb innerhalb der PKV und mit der Gesetzlichen Krankenversicherung intensiviert.

Gibt es künftig noch Bürgerinnen und Bürger ohne Versicherungsschutz?

Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ein kleiner Teil in der privaten Krankenversicherung. Daneben gibt es einen geringen Anteil Nichtversicherter. Sie haben im Krankheitsfall keinen Versicherungsschutz.

Künftig wird es für die gesamte Bevölkerung einen Versicherungsschutz geben. Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen. Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif, der das medizinisch Notwendige entsprechend dem gesetzlichen Leistungskatalog umfasst. Sie müssen ohne Vorbedingungen und Gesundheitsprüfung aufgenommen werden. Somit wird Jede und Jeder in Deutschland einen umfassenden Schutz gegen Gesundheitsrisiken haben.

Was ist der „Basistarif“, den die PKV zukünftig anbietet?

Die PKV wird künftig einen Basistarif anbieten. Der Leistungsumfang dieses Basistarifs entspricht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer in diesen Basistarif wechselt, muss sich keiner Gesundheitsprüfung unterziehen. Auch sein Alter oder sein Geschlecht werden nicht bei der Auswahl berücksichtigt. Es gibt keinen Leistungsausschluss. Die Prämien sollen bezahlbar sein.

Was ändert sich bei den privaten Krankenversicherungen?

Gerade in der privaten Krankenversicherung findet – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung – bislang kein echter Wettbewerb statt. Denn dadurch, dass die in der Prämienkalkulation der PKV berücksichtigten Alterungsrückstellungen bislang bei einem Versicherungswechsel nicht übertragen werden können, ist der Wechsel in eine andere Krankenversicherung in finanzieller Hinsicht nahezu vollständig ausgeschlossen.

Privat Versicherte können im Übrigen nur dann zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, wenn sie versicherungspflichtig werden.

Der Wettbewerb wird künftig auch in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Ein Wechsel zwischen den Versicherungsunternehmen wird dadurch erleichtert, dass die Unternehmen verpflichtet werden, Versicherte aufzunehmen, die bislang bei anderen Unternehmen versichert waren. Flankierend wird die Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen eingeführt.

Ein gerechtes Nebeneinander von GKV und PKV erfordert einen in beiden Systemen gleichermaßen funktionierenden Wettbewerb. Dies erhöht die Qualität, die Serviceorientierung und die Wirtschaftlichkeit beider Systeme.

Brauchen wir einen Gesundheitsfonds?

Der Gesundheitsfonds ist ein notwendiger Kompromiss, um mehr Gerechtigkeit und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu schaffen. Steigende Kosten durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel werden weiterhin solidarisch finanziert.

Der Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Mit dem Fonds wird das Finanzierungssystem auf ein neues Fundament gestellt. Der Gesundheitsfonds ist ein wichtiger Beitrag dazu, das Gesundheitssystem für alle durchschaubarer zu machen, Bürokratie abzubauen und den Wettbewerb unter den Kassen anzukurbeln. Das wiederum kommt besonders den Versicherten zu Gute: die Kassen betreiben künftig Wettbewerb um den besten Service für die Versicherten.

Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds schaffen wir die Voraussetzungen, ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote zu erhöhen.

Zusammen mit der erheblichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird damit die Grundlage für einen scharfen, aber gleichzeitig fairen Wettbewerb zu Gunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt.

Wie funktioniert der Fonds?

Der Fonds erhebt Beiträge von den Versicherten und den Arbeitgebern. Darüber hinaus erhält der Fonds Zuschüsse aus Steuermitteln des Bundes. Die Einnahmen werden als Grund

pauschale pro Versichertem und als risikoorientierter Zusatzbetrag an die Kassen weitergeleitet. Auch für Kinder wird ein kostendeckender Betrag kalkuliert. Der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der Risikostrukturausgleich (RSA), erfolgt im Rahmen des risikoorientierten Zusatzbetrages über den Fonds. Der RSA wird allerdings stark vereinfacht (siehe unten).

Welche Mittel fließen künftig in den Gesundheitsfonds?

In den Gesundheitsfonds fließen die Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber. Der Beitragssatz wird einheitlich festgelegt. Außerdem erfolgt die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) künftig teilweise aus Steuermitteln. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro geleistet. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Auch der steuerfinanzierte Zuschuss fließt in den Fonds.

Warum wird auf der einen Seite der Zuschuss an die Krankenkassen aus der Tabaksteuer abgeschafft, wenn gleichzeitig neue Zuschüsse eingeführt werden?

Der Steuerzuschuss aus der Erhöhung der Tabaksteuer an die Krankenkassen war eine isolierte Maßnahme, um Kosten der Krankenkassen abzudecken, die nicht durch Beiträge abgedeckt waren, wie zum Beispiel Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft und Schwangerschaft. Die Mehreinnahmen aus der Tabaksteuer sind nicht so hoch wie erwartet ausgefallen, so dass der Zuschuss in der vorgesehenen Form nicht finanzierbar war.

Die jetzt beginnende und über die Jahre aufwachsende Steuerfinanzierung ist der Einstieg in eine systematische Mitfinanzierung der gesetzlichen Krankenkassen durch die Gemeinschaft der Steuerzahler und stellt die gesamtgesellschaftlichen Funktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in den Vordergrund. Insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zählt dazu. Der Steuerzuschuss kommt deshalb ausschließlich den gesetzlichen Krankenkassen zugute.

Wer organisiert den Beitragseinzug?

Wird es eine neue Behörde geben?

Das Fondsmodell bringt erhebliche Vereinfachungen für alle Seiten und ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau. Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge und müssen diese auch nicht mehr selbst einziehen. Dies erledigt künftig der Fonds. Künftig fällt dieses komplizierte Einzugsystem weg. Die damit entlasteten Kassenbeschäftigten können sich mehr um den Service für ihre Versicherten kümmern.

Der Beitragseinzug wird stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen die Beiträge ihrer Beschäftigten nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen entrichten, sondern nur noch an eine einzige Stelle in ihrer Region. Auch die über 250 Krankenkassen müssen nicht mehr jede für sich die Beiträge selbst einziehen. Künftig wird der Einzug auf regional organisierte Einzugsstellen verlagert. Fazit: Der Gesundheitsfonds entlastet die Kassen und die Betriebe, vereinfacht die Abläufe, baut überflüssige Bürokratie ab.

Was geschieht mit denjenigen, die heute bei den Krankenkassen im Beitragseinzug beschäftigt sind?

Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds, der künftig die Einnahmen aus den Beiträgen der Versicherten, der Arbeitgeber und der Rentenversicherung sowie aus den Steuerzuschüssen verwaltet, erfordert auch ein neues Einzugsverfahren. Künftig wird es regionale Einzugsstellen in den Bundesländern geben, die die Sozialversicherungsbeiträge einziehen und an den Fonds weiterleiten. Richtig ist, sich bei der Neuordnung des Einzugsverfahrens für die Sozialversicherungsbeiträge auf diejenigen zu stützen, die diese Arbeit heute bei den Krankenkassen leisten. Die Beschäftigten der Krankenkassen sind erfahren und qualifiziert.

Was wird aus dem Risikostrukturausgleich?

Bisher erfolgt der RSA zwischen den Kassen in einem komplexen Verfahren, das das Bundesversicherungsamt durchführt. Der RSA wurde 1994 eingeführt, um Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit ungünstigen Versichertenstrukturen abzubauen. Beim RSA-Verfahren wird die Finanzkraft jeder Kasse ermittelt. Finanzkräftige Kassen leisten Ausgleichszahlungen für weniger finanzkräftige Kassen, sog. „Empfängerkassen“.

Mit dem Gesundheitsfonds ist eine erhebliche Vereinfachung und Entbürokratisierung des Risikostrukturausgleichs verbunden: Weil die einkommensbezogenen Beiträge in einen Fonds fließen, wird der bislang greifende Finanzkraftausgleich im RSA überflüssig. Das Umverteilungsvolumen wird dadurch deutlich niedriger. Die Kassen erhalten aus dem Fonds künftig für ihre Versicherten neben der Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Damit werden die je nach Kasse unterschiedlichen Altersstrukturen und Gesundheitsrisiken der Versicherten ausgeglichen.

Die Einführung des Fondsmodells erlaubt einen vereinfachten und zielgenauen Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen. Mit der Verlagerung des RSA in den Fonds wird das heutige komplizierte Ausgleichsverfahren zwischen den Kassen abgeschafft. Damit gibt es künftig keine Unterscheidung mehr zwischen „Zahlerkassen“ und „Empfängerkassen“. Der Gesundheitsfonds ermöglicht, dass alle Kassen die gleichen Startvoraussetzungen erhalten.

**Was ändert sich für die Arbeitnehmer?
Welche Vorteile bringt der Fonds?**

Der Fonds erhebt künftig den Beitrag der Arbeitnehmer. Der Beitragssatz wird gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern entspricht der heutigen Relation.

Die Beiträge, die von den Arbeitgebern in den Fonds fließen, bleiben lohnbezogen und werden ebenfalls gesetzlich fixiert. Kinder und Jugendliche bleiben wie nicht erwerbstätige Ehegatten beitragsfrei mitversichert.

Der Gesundheitsfonds macht das System für die Versicherten durchschaubarer. Das bedeutet: Alle Versicherten haben künftig einen klaren Blick darauf, ob eine Kasse gut haushaltet und die bestmöglichen Verträge mit den Leistungsanbietern abschließt oder nicht. Dies wird mit Hilfe des Fonds transparent. Insofern ist der Fonds ein hervorragendes Instrument, um für mehr Wettbewerb in der Kassenlandschaft, mehr Wahlmöglichkeiten, Tarifangebote und klare Preissignale für die Versicherten zu sorgen. Das alles kommt ausdrücklich dem Patienten zugute.

Welche Vorteile bringt der Fonds für Arbeitgeber?

Der bürokratische Aufwand für die Unternehmen wird deutlich reduziert: Der nunmehr einheitliche Arbeitgeberbeitrag ist nicht mehr an zahlreiche Einzelkassen mit unterschiedlichen Beitragssätzen, sondern nur noch an eine Stelle in der jeweiligen Region abzuführen.

Wird die Beitragsbemessungsgrenze erhöht?

Nein. Die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze werden nicht erhöht. Im Jahr 2006 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei einem jährlichen Bruttogehalt von 42.750 Euro, das entspricht 3.562,50 Euro pro Monat. Das darüber liegende Einkommen wird nicht in die Beitragsberechnung einbezogen. Die Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2006 bei 47.250 Euro oder 3.937,50 Euro pro Monat. Die Versicherungspflichtgrenze legt fest, bis zu welcher Höhe des jährlichen Bruttoarbeitsentgelts Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Versicherungspflicht (in der GKV) unterliegen.

Was passiert bei steigenden Ausgaben?

Zu Beginn werden aus dem Fonds die Kosten der Krankenkassen zu 100% gedeckt. Fällt dieser Anteil unter 95%, müssen die Steuerzuschüsse oder die Beiträge entsprechend angepasst werden. Für manche Krankenkassen wird das Geld dennoch nicht reichen. Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren, zur Verfügung. So können sie ihren Versicherten Kosten sparende Tarife (Hausarztmodelle, usw.) anbieten. Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Dieser Zusatzbetrag kann prozentual vom Einkommen oder als Pauschale erhoben werden, darf aber 1 Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden und der Zusatzbeitrag bleibt grundsätzlich einkommensbezogen.

Was passiert bis zum Start des Gesundheitsfonds?

Wir sichern den Leistungskatalog und stellen die Finanzierung auf eine sichere Basis. Das Jahr 2007 ist ein Übergangsjahr bis zur neuen Finanzierung mit dem Gesundheitsfonds ab dem 01.01.2008. Die Koalition aus CDU/CSU und SPD hat eine Vielzahl von Strukturmaßnahmen verabredet. Dadurch ergeben sich Einsparungen, die teilweise erst mittelfristig eintreten.

Deshalb werden die Krankenkassen im Jahre 2007 wahrscheinlich die Beitragssätze anheben müssen. Die Alternativen wären Leistungskürzungen gewesen, die wir in keinem Fall wollen.

Zum Start ist der Fonds mit ausreichenden Finanzreserven ausgestattet, bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden. Das bedeutet, dass die Krankenkassen im Jahre 2007 ihre Beiträge nach den bisherigen Regeln jeweils selbst festlegen. Nach jetziger Kenntnis werden in diesem Jahr Beitragssatzerhöhungen von durchschnittlich 0,5% notwendig sein.

Werden durch die Reform Leistungen ausgegrenzt?

Nein. Auch die häufig diskutierte Ausgrenzung von privaten Unfällen findet nicht statt. Allerdings wird die bisherige Vorschrift über Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden, präzisiert. Bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit z. B. Piercing, Tätowieren oder Schönheitsoperationen muss in stärkerem Umfang von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Wird es neue Leistungen geben?

Ja, es sollen auch bestehende Defizite in der medizinischen Versorgung abgebaut werden.

Die allgemein empfohlene Impfvorsorge wird Pflichtleistung der Krankenkassen.

Mutter- oder Vater-Kind-Kuren werden ebenfalls in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

Bisher können die Kassen solche Kosten nur übernehmen, wenn sie es in ihren Satzungen vereinbart haben.

Darüber hinaus wird es eine Förderung der Vorsorge geben. Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen soll für die Gruppe der 45- bis 55-Jährigen durch eine Bonus-Regelung ähnlich dem Bonusheft beim Zahnersatz gesteigert werden. Wer chronisch krank wird, für den sollte nur dann die Überforderungsklausel (1 Prozent) gelten, wenn er die wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen hat oder sich hinreichend an einer adäquaten Therapie beteiligt.

Die geriatrische Rehabilitation, also die Aktivierung alter Menschen wird zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Denn alte Menschen benötigen oft besondere, ihrer körperlichen und geistigen Konstitution angepasste Formen der Rehabilitation.

Defizite in der Versorgung Sterbender werden abgebaut. Dafür soll für die betroffenen Patientinnen und Patienten ein eigenständiger Leistungsanspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ eingeführt werden. Es muss allen Menschen ermöglicht werden, ohne unnötige Leiden in Würde – und wo immer möglich und gewünscht – zu Hause bis zum Tod betreut zu werden. Heute gibt es zwar Hospize und Palliativstationen der Krankenhäuser, aber bei weitem nicht ausreichend. Vor allem die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung sind unzureichend.

Bekommen die Versicherten demnächst direkt eine Rechnung vom Arzt?

Es ist schon heute so, dass jede Patientin und jeder Patient das Recht auf eine Arzt-Quittung hat. Das wurde mit der Gesundheitsreform 2004 eingeführt. Fragen Sie Ihren Arzt! Zudem können Krankenkassen auch zukünftig die Kostenerstattung als Wahltarif anbieten.

Was passiert mit dem 2004 eingeführten Hausarztmodell?

Alle Krankenkassen müssen in Zukunft Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte und Versicherte freiwillig.

Das Hausarztmodell bedeutet, dass Patientinnen und Patienten sich für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden können. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt, so dass dieser stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten.

Durch die Gesundheitsreform 2004 haben bis heute bereits rund 22 Millionen Versicherte die Möglichkeit, sich in ein Hausarztprogramm ihrer Krankenkasse einzuschreiben.

Was wird aus der Integrierten Versorgung?

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde als neue Form die Integrierte Versorgung eingeführt und finanziell gefördert. Ärzte und Krankenhäuser stimmen die jeweiligen Therapieziele untereinander ab. Die Behandlung folgt definierten Behandlungspfaden. Dadurch können Mehrfachuntersuchungen vermieden und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt werden. Von den bislang über 2.200 integrierten Versorgungsangeboten mit einem Vergütungsvolumen von rund 500 Millionen Euro profitieren vor allem die Patientinnen und Patienten. Es ist aber bisher noch nicht gelungen, Integrierte Versorgung flächendeckend für große Bevölkerungsgruppen anzubieten.

Das soll sich ändern: Integrierte Versorgungsangebote soll es zukünftig für größere Regionen geben. Und die Verträge sollen möglichst für die umfassende Behandlung ganzer Krankheitsbilder geschlossen werden, z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention, Bandscheibenerkrankungen. Vor allem bei der Behandlung von Volkskrankheiten kann die Integrierte Versorgung ihr ganzes Potential entfalten und eine optimale Versorgung sicherstellen.

Um diese Entwicklung zu unterstützen, wird die Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung vorerst verlängert.

Künftig sollen auch Leistungen der Pflegeversicherung gezielt in integrierte Versorgungsangebote einbezogen werden. Ältere Menschen werden von einer besseren Zusammenarbeit im Gesundheitswesen profitieren. Sie leiden besonders häufig an chronischen Krankheiten.

Was verändert sich für Ärzte und ihre Vergütung?

Die Vergütung der ambulant tätigen Ärzte durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt momentan anhand eines sehr komplexen und schwer durchschaubaren Abrechnungsverfahrens. Der abrechnende Arzt weiß heute nie genau, wie hoch das von der Kassenärztlichen Vereinigung für die Patientenbehandlungen überwiesene Honorar ausfallen wird. Zudem ist die Honorarverteilung immer noch nicht leistungsgerecht. Die Selbstverwaltung hatte bereits mit der letzten Gesundheitsreform den Auftrag erhalten, das Vergütungsverfahren gerechter zu gestalten. Es ist ihr jedoch nicht gelungen, eine leistungsgerechte Verteilung der Honorare zu gewährleisten.

Daher werden nun gesetzliche Änderungen herbeigeführt, die das Vergütungssystem vereinfachen und entbürokratisieren. Die Erarbeitung der Vergütungsreform wird professionalisiert. Künftig werden hauptsächlich Pauschalvergütungen auf der Basis von Euro und Cent für eine überschaubare Bezahlung sorgen. Für besondere Qualität werden Honorarzuschläge eingeführt. Über- und Unterversorgung werden durch finanzielle Anreize beseitigt. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten künftig mehr Kalkulationssicherheit. Durch mehr Verteilungsgerechtigkeit und Bezahlung nach Qualität rückt die Behandlung der Patienten wieder in den Mittelpunkt.

Darüber hinaus wird die Vergütung bei vergleichbaren Leistungen in GKV und PKV neu geregelt. Dazu wird ein Leistungsverzeichnis erstellt, das auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist. Die dort aufgeführten Leistungen sollen dann von PKV und GKV vergleichbar bezahlt werden. Abweichungen vom Umfang dieses Leistungsverzeichnisses und Steigerungssätze innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens bleiben möglich, die Voraussetzungen werden aber präzisiert. Bei besonderer Qualität können auch innerhalb der GKV Zuschläge vereinbart werden.

Was geschieht gegen Ärztemangel?

In Deutschland gibt es mehr als 306.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Das bedeutet, dass ein Arzt in Deutschland heute durchschnittlich 269 Einwohner versorgen muss. Im Jahr 1992 waren es noch 322 Einwohner. Es gibt also genug Ärztinnen und Ärzte. Dennoch kommt es in einigen ländlichen Regionen, besonders im Osten Deutschlands, zu Versorgungsengpässen.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung liegt bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie prüfen, ob die Zahl der Ärzte und Ärztinnen in einem Planungsbereich auch so hoch ist, wie in der Bedarfsplanung festgelegt worden ist. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Landesausschuss aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen handeln.

Mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz, das zur Gesundheitsreform gehört, sind Maßnahmen, die eine gute Versorgung sicherstellen, vorgesehen.

Die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Berufsausübung wird dann deutlich flexibilisiert und liberalisiert. So können Ärzte in Zukunft nicht nur eine Vollzulassung sondern auch eine Teilzulassung beantragen. Eine junge Ärztin kann dann zum Beispiel ein Kind betreuen und in Teilzulassung ihre Praxis weiter betreiben. Bisher war das nicht möglich. Jeder Arzt und jede Ärztin kann zudem frei wählen, ob er oder sie im Krankenhaus, in der niedergelassenen Praxis arbeitet oder über eine Teilzulassung beides macht.

Eine weitere Flexibilisierung wird dadurch erreicht, dass die ärztliche Tätigkeit in Zukunft nicht mehr nur auf einen KV-Bezirk beschränkt wird. Ein Arzt und eine Ärztin können dann neben der Tätigkeit in ihrer Hauptpraxis auch an weiteren Orten – in unterversorgten Gebieten – tätig werden. Darüber hinaus besteht für die Ärzte in Zukunft die Möglichkeit sich in überörtlichen fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften zusammenzuschließen.

Was tun wir für die neuen Länder?

Trotz der bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung besteht in einigen Regionen kurz- und mittelfristig die Gefahr von Versorgungsengpässen. Zum Vergleich: In Berlin versorgt ein Vertragsarzt 531 Einwohner. In Brandenburg ist die Vertragsarztdichte (ambulant) dagegen deutlich geringer. Hier kommen statistisch 825 Einwohner auf einen Vertragsarzt.

Dieser Entwicklung will die Bundesregierung durch ein Bündel von Maßnahmen, die im Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz vorgesehen sind, entgegenwirken. So wird zum Beispiel in unterversorgten Regionen die Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung aufgehoben. Ärztinnen und Ärzte können in diesen Gebieten darüber hinaus auch länger als bis zum 68. Lebensjahr arbeiten.

Zudem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, zusätzlich lokalen Versorgungsbedarf festzustellen und an die Vertragsärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen, auch wenn insgesamt keine Unterversorgung vorliegt.

Schließlich ist zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Ärzten, Zahnärzten und Hebammen in den neuen Ländern vorgesehen, dass der dort immer noch geltende Vergütungsabschlag für privatärztliche und –zahnärztliche Leistungen sowie für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben wird. Mit dem Wegfall des Vergütungsabschlages wird für den jeweiligen Bereich erstmalig seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht.

Wird es mehr Wettbewerb bei Apotheken geben?

Schon mit der Gesundheitsreform 2004 wurde der Wettbewerb bei Apotheken verstärkt. So wurde der Versandhandel zugelassen und das Mehrbesitzverbot gelockert. Ein Apotheker darf nunmehr bis zu vier Apotheken führen.

Daran knüpfen wir an. Künftig wird den Apotheken beispielsweise weitergehender Spielraum für direkte Verhandlungen mit der Pharmaindustrie eröffnet. „Bestmögliche Qualität zum bestmöglichen Preis!“ ist das Prinzip, nach dem Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken die Preise und die Qualität von Leistungen noch stärker untereinander aushandeln können.

Geschieht etwas gegen den anfallenden Arzneimittelmüll?

Ja. Gemeinschaftseinrichtungen wie Hospizen und Pflegeheimen soll die Weiterverwendung nicht gebrauchter Arzneimittel erlaubt werden. Der Umgang mit Arzneimitteln in Gemeinschaftseinrichtungen gewährleistet auch bei der Weitergabe Sicherheit und Qualität. Darüber hinaus sollen Apotheken leichter einzelne Arzneimittel abgeben können.

Was wird gegen hohe Preise bei neuen Arzneimitteln getan?

Neue Arzneimittel, die die Therapie für Patientinnen und Patienten verbessern, sollen ihnen direkt zugute kommen – auch wenn sie teuer sind. Beinhaltet ein neu zugelassenes Medikament jedoch keinen therapeutischen Fortschritt, soll die gesetzliche Krankenversicherung auch keine höheren Preise dafür zahlen. Deshalb wird es eine Kosten-Nutzen-Bewertung geben, die sicherstellt, dass die Krankenkassen nur dann höhere Preise zahlen, wenn ein Medikament auch besser hilft. Es wird also keinen Automatismus mehr geben, dass die Krankenkassen für jede teure Neuzulassung die von den Herstellern festgesetzten Preise bezahlen.

Wird es Veränderungen in der Kassenlandschaft geben?

Bisher ist die Kassenlandschaft sehr unübersichtlich. Derzeit existieren über 250 gesetzliche Krankenkassen. Künftig werden Zusammenschlüsse von Kassen erleichtert. Jede Kasse darf mit allen anderen Kassen im GKV-System fusionieren. Das hilft, Bürokratie und Kosten zu sparen und kommt damit letztlich den Versicherten zugute. Denn nur Kassen, die eine gute Verhandlungsposition haben, können für ihre Versicherten günstige Versorgungsformen und Rabattverträge aushandeln. Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände bilden auf Bundesebene einen Spitzenverband – bisher gibt es sieben Spitzenverbände, die in einer Arbeitsgemeinschaft organisiert sind.

Was ändert sich bei den Strukturen der Selbstverwaltung?

Die Strukturen der Selbstverwaltung müssen sich der neuen Gesundheitsversicherung anpassen. Die Einrichtungen der Selbstverwaltung sollen konzentrierter, transparenter und schneller handeln. Das betrifft nicht nur die Organisation der Krankenkassen, sondern auch der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Aufgaben und Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen den Veränderungen des Vergütungssystems und den neuen Vertragsmöglichkeiten angepasst werden. Die Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen werden künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen.

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestrafft und transparenter gestaltet. Die Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein. Die Entscheidungsgremien werden von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind.

Werden auch die Leistungserbringer zur besseren Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen?

Ja. Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 Prozent der Budgets herangezogen.

Mit der Umstellung der Arzneimittelpreise auf Höchstpreise wird es möglich, dass auch die Apotheker mit den Pharmaherstellern niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind an die Versicherten bzw. Krankenkassen weiterzugeben. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt werden.

Die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel wird zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. Neue Wirkstoffe werden im Rahmen der Zulassung auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität nur für eine kleinere Zahl von Patienten geprüft, relevant ist bisher jedoch nicht, ob neue Wirkstoffe etablierten Substanzen überlegen sind. Es ist sachgerecht, im Hinblick auf die Patientensicherheit neue Wirkstoffe zurückhaltend anzuwenden und zwar für die Patientinnen und Patienten, bei denen eine therapeutische Verbesserung zu erwarten ist. Diese Beschränkung ist auch aus Kostengründen geboten.

Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung werden nicht nur Arzneimittel untereinander verglichen, sondern auch mit anderen Behandlungsmethoden, die bei dem jeweiligen Leiden alternativ Anwendung finden könnten.

Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimittel und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten. Dadurch soll verhindert werden, dass diese speziellen und kostenintensiven Arzneimittel unnötig verordnet werden.

Im Bereich der Fahrtkosten sind die Ausgaben überproportional angestiegen. Hier werden Ausgabenabschläge zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringer in Höhe von 3 Prozent vorgenommen. In diese Abschläge sind auch Rettungsfahrten einzubeziehen.

Termine

Neben den vielen Wahlveranstaltungen vor Ort finden u.a. folgende Veranstaltungen statt:

Donnerstag, 17. August 2006

**Bundesministerin a.D. und Präsidentin des Deutschen Mieter-
schutzbundes Anke Fuchs**

**Thema: „Die soziale Stadt – kommunales Wohnen in der Zu-
kunft“**

**Beginn: 16.00 Uhr, Kurie Jerusalem, Kopmanshof/Ecke Alte
Marktstr. in Hameln**

Donnerstag, 24. August 2006

Bundesjustizministerin Brigitte Zypries

Thema: „Patientenverfügungen“

**Beginn: 17.00 Uhr, Töneböhn am Klüt/Café-Restaurant,
Breckehof 1 in Hameln**

Samstag, 16. September 2006

AG 60 plus Bezirkskonferenz in Hameln

**voraussichtlicher Beginn: 10.00 Uhr, Rattenfängerhalle/Kleiner
Saal, Hameln**

**Mit dabei u.a. Otto Graeber, Bundesvorsitzender der AG 60
plus und Susanne Lippmann, Oberbürgermeisterkandidatin
von Hameln**

Mittwoch, 20. September 2006

ASG-Bezirkskonferenz in Hannover

**Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesund-
heitswesen (ASG) im Bezirk Hannover veranstaltet ihre nächs-
te Konferenz.**

**Beginn: 18.30 Uhr, Bezirk Hannover, Odeonstr. 15/16, Großer
Sitzungsraum, Hannover**

**Interessierte GenossInnen sind herzlich willkommen. Bitte hier
anmelden: ag-ak.hannvove@spd.de**

Kontakte

Unterbezirksbüro

Heiliggeiststr. 2
31785 Hameln
Telefon: +49.[0]5151.1073380
Telefax: +49.[0]5151.1073394
Email: Hameln-Pyrmont@spd.de
Homepage: www.SPD-Hameln-Pyrmont.de

Abgeordneten-Büros

Heiliggeiststr. 2
31785 Hameln
Gabriele Lösekrug-Möller, MdB
Telefon: +49.[0]5151.1073399
Telefax: +49.[0]5151.407486
Email:
Gabriele.Loesekrug-Moeller@wk.bundestag.de
Volker Brockmann, MdL
Telefon: +49.[0]5151.1073397
Telefax: +49.[0]5151.1073395
Email: v.brockmann@web.de

Kreistagsfraktion

Heiliggeiststr. 2
31785 Hameln
Ulrich Watermann,
Fraktionsvorsitzender
Telefon: +49.[0]5151.1073385
Telefax: +49.[0]5151.1073394
Email: SPD-Kreistag-HM-PY@t-online.de