

# Krankenkassen jenseits von Karikaturen





# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>Die Krankenkassen vertreten die Interessen ihrer Mitglieder in einer nicht-marktwirtschaftlichen Vision der Gesundheit</b>	<b>4</b>
<b>Die Krankenkassen tragen dazu bei, das Dienstleistungsangebot und den Zugang zur Gesundheitsversorgung über die Pflichtversicherung hinaus in einer breiten Vision von Gesundheit zu erweitern</b>	<b>6</b>
<b>Krankenkassen sind verantwortungsbewusste Akteure, die der Gemeinschaft wenig Kosten verursachen</b>	<b>8</b>
<b>Krankenkassen sind Akteure der Zivilgesellschaft, die sich an einer gesunden Demokratie beteiligen</b>	<b>10</b>
<b>Schlussfolgerung</b>	<b>11</b>



## Einleitung

**Obwohl für eine große Mehrheit der Akteure der Zivilgesellschaft und einen sehr großen Teil der Bevölkerung kein Zweifel an der Legitimität und der Berechtigung der Krankenkassen besteht, muss man feststellen, dass sich ein Diskurs durchsetzt, der darauf abzielt, sie zu diskreditieren. Mal sollen ihre Aufgaben auf eine einzige Rolle als Erstattungs- und Verwaltungsstelle reduziert werden, mal werden sie einfach abgeschafft.**

Die Legitimität der Krankenkassen wird auch von Gesprächspartnern aus dem Gesundheitssektor hinterfragt, mit denen sie täglich zusammenarbeiten. Diese würden wahrscheinlich gerne mehr Einfluss auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik haben, ohne diese mit den Patientenvertretern der Krankenkassen aushandeln zu müssen.

Die Krankenkassen sind für die Gesundheit, was die Gewerkschaften für die Arbeit sind. Sie sind dazu da, um die kollektiven Interessen der Bevölkerung zu sichern und zu schützen, indem sie allen Menschen, unabhängig von ihren Lebensumständen und Bedürfnissen, den Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten und -leistungen gewährleisten. Die Zerstörung des Systems der Mitbestimmung und der paritätischen Verwaltung der Gesundheits- und Arbeitsunfähigkeitspolitik bedeutet im besten Fall, dass die Krankenkassen (und die anderen Partner) in einer reinen Beratungsfunktion isoliert werden. Im schlimmsten Fall wird die Rückkehr der Lobbylogik sichtbar, die ohne Transparenz und ohne kollektive/gesellschaftliche Verantwortung ausgeübt wird, sondern je nach Einflussmacht des Einzelnen und meist im Sinne von Partikularinteressen statt des allgemeinen Interesses! Dies ist nicht das Modell, welches die Christliche Krankenkasse (CKK) in Bezug auf eine gute öffentliche Verwaltung befürwortet!

**Vor diesem Hintergrund scheint es uns sinnvoll, mithilfe dieses Dokuments einige Sachen zu klären, aber auch falsche Behauptungen zu dekonstruieren, die in Bezug auf die Krankenkassen in Umlauf sind.**

# Die Krankenkassen vertreten die Interessen ihrer Mitglieder in einer nicht-marktwirtschaftlichen Vision der Gesundheit

## Krankenkassen verteidigen ihre Mitglieder...

**Das Gesetz von 1990, das die Rechte und Pflichten von Krankenkassen regelt, definiert diese als Vereinigungen natürlicher Personen, deren Ziel es ist, das physische, psychische und soziale Wohlergehen ihrer Mitglieder zu fördern. Die Verteidigung ihrer Mitglieder und der Bevölkerung im Allgemeinen ist daher ein integraler Bestandteil ihrer DNA. Im Alltag äußert sich dies auf verschiedene Weise.**

Einerseits sind die Krankenkassen Vollmitglieder der Mitbestimmungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung und bringen die Bedürfnisse ihrer Mitglieder und der Bevölkerung im Allgemeinen täglich in die Gremien ein, in denen die Politik der Kostenerstattung für die Gesundheitsleistungen festgelegt wird. Sie üben diese Mitverwaltung (in Belgien „paritätische Verwaltung“ genannt) neben den Verbänden der Gesundheitsdienstleister, den Gewerkschaften und den Arbeitgebern auf der Grundlage von Signalen aus der Praxis aus, die über ihre lokale Verankerung direkt von den Mitgliedern weitergegeben werden, aber auch auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien und Forschungen. Unsere Vertreter in diesen Gremien kombinieren diese Signale mit ihrem Fachwissen über die Gesetzgebung, um neue politische Maßnahmen vorzuschlagen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung tatsächlich gerecht werden. Diese Vereinbarungen, die zunächst zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern ausgehandelt werden, werden anschließend von den Gewerkschaften und Arbeitgebern, aber auch von der Regierung genehmigt. Ein konkretes Beispiel ist insbesondere die Verhandlung über den Preis, den der Patient bei einem Arztbesuch zu zahlen hat (Eigenanteil). Die Krankenkassen müssen dafür sorgen, dass die von den Leistungserbringern geforderten Preiserhöhungen nicht dazu führen, dass die Versorgung für den Patienten finanziell unerreichbar wird. Sie werden beispielsweise auch tätig, um die Zuschläge zu begrenzen, die über den Eigenanteil hinaus berechnet werden können.

Andererseits haben Krankenkassen die Fähigkeit, vor Gericht zu gehen, um ihre Mitglieder zu verteidigen. Wenn zum Beispiel ein Mitglied, das im Krankenhaus liegt, eine falsche Rechnung für seine Behandlung erhalten hat, kann sich das Mitglied an seine Krankenkasse wenden, damit diese seine Interessen gegenüber dem betreffenden Krankenhaus vertritt. Die Krankenkassen setzen sich also an beiden Enden der Kette für ihre Mitglieder ein, sowohl bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik als auch bei ihrer Umsetzung. Sie begleiten ihre Mitglieder im Alltag dabei, sich in einem besonders komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden, und zwar durch ihre Schalter an der Frontlinie und ihre Sozialdienste.



## ...in einer nicht-marktwirtschaftlichen Vision der Gesundheit

**Zur Erinnerung: Krankenkassen sind ursprünglich Bürgerinitiativen, die nach dem Modell einer Genossenschaft gegründet wurden. Sie fallen unter das Privatrecht und sind Mitgliedsorganisationen ohne Erwerbszweck. Seit ihrer Gründung halfen sich die Mitglieder durch das Zusammenlegen eines Teils ihrer Ressourcen gegenseitig, indem sie sich ganz oder teilweise an den Kosten für Medikamente und Arztbesuche beteiligten oder fehlende Einkünfte aufgrund von Arbeitsunfähigkeit abdeckten. Diese aus den Bürgern hervorgegangene, zutiefst solidarische Initiative wurde später als gemeinnützig anerkannt und 1944 in einem Zweig der sozialen Sicherheit sowohl von den Gewerkschaften, den Arbeitgebern als auch der gesamten politischen Klasse geheiligt. Seitdem wurde die Verwaltung dieser Versicherung im Sinne der Subsidiarität als vom Staat delegierte öffentliche Aufgabe den Krankenkassen anvertraut.**

Krankenkassen üben ihre Tätigkeit ohne Erwerbszweck aus. Sie vergüten keinen Aktionär (im Gegensatz zu privaten Versicherungen). Ihr Ziel ist es, ein System zu fördern, in dem eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle zugänglich bleibt, indem Menschen mit geringerem Einkommen oder hohen Pflegekosten, wie z. B. chronisch Kranke, Zugang zur gleichen Versorgung wie wohlhabende Menschen haben, ohne ihr gesamtes Budget dafür aufwenden zu müssen. Für die Krankenkassen sind Gesundheit und Gesundheitsversorgung keine Ware und dürfen nicht blind den Regeln des Marktes in einer kommerziellen Logik unterworfen werden. Aus diesem Grund haben sich die Krankenkassen beispielsweise für die Einführung der maximalen Gesundheitsrechnung (die die Ausgaben der Patienten deckelt) oder der erhöhten Kostenerstattung (EKE-Status, der Personen mit sehr niedrigem Einkommen eine höhere Erstattung gewährt) eingesetzt.





## Zusammengefasst

- Krankenkassen sind das Sprachrohr ihrer Mitglieder (Kranke und Nichtkranke) an den Orten, an denen die Gesundheitspolitik von morgen entworfen wird;
- Die Priorität der Krankenkassen besteht darin, eine qualitativ hochwertige und zugängliche Gesundheitsversorgung für alle ihre Mitglieder und die Bevölkerung zu gewährleisten;
- Sie begleiten ihre Mitglieder im Alltag dabei, sich in einem besonders komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden, das durch ihre Schalter an der Frontlinie und ihre Sozialdienste zwischen den verschiedenen Ebenen der Macht aufgeteilt ist;
- Krankenkassen üben ihre Tätigkeit ohne Erwerbszweck aus und bekämpfen die Kommerzialisierung/Vermarktung der Gesundheitsversorgung mit besonderem Augenmerk auf die Schwächsten.

### Die CKK in Brüssel, in der Wallonischen Region und der Deutschsprachigen Gemeinschaft entspricht:



Mehr als 1,2 Millionen Mitglieder;



8.479 tägliche Kontakte in der Mitgliederbetreuung;<sup>1</sup>



97.493 Kontakte mit unseren Sozialarbeitern pro Jahr;<sup>2</sup>



Über 20 Millionen erstattete Leistungen und Rechnungen pro Jahr;<sup>3</sup>



45.630 neue Fälle von Arbeitsunfähigkeit, die in einem Jahr bearbeitet wurden.<sup>4</sup>



<sup>1</sup> 2022

<sup>3</sup> 2022

<sup>2</sup> 2022

<sup>4</sup> 2023



# Die Krankenkassen tragen dazu bei, das Dienstleistungsangebot und den Zugang zur Gesundheitsversorgung über die Pflichtversicherung hinaus in einer breiten Vision von Gesundheit zu erweitern

**Krankenkassen tragen dazu bei, das Dienstleistungsangebot und den Zugang zur Gesundheitsversorgung über die Pflichtversicherung hinaus zu erweitern...**

**Seit ihrer Gründung wählen die Mitglieder in jeder Krankenkasse unter ihren Kollegen ihre Vertreter, die in internen Ausschüssen und Gremien mitwirken und dort die Grundzüge der Gesundheitspolitik festlegen, die sie im Rahmen der Pflichtversicherung vertreten wollen, aber auch die Aspekte verwalten, die mit der Verwaltung der Zusatzversicherung in Zusammenhang stehen. So legen die Mitglieder der Gegenseitigkeitsinstanzen fest, wie hoch der Pflichtbeitrag ist, den die Krankenkasse im Rahmen der Zusatzversicherung erhebt, wie diese erhoben wird, welche Prioritäten bei der Erstattung von medizinischen, paramedizinischen und sozialen Leistungen, die von der Zusatzversicherung abgedeckt werden, unter welchen Bedingungen und in welcher Höhe gelten... Diese Verpflichtung zur Organisation von Dienstleistungen, die die Pflichtversicherung ergänzen, findet sich auch im Gesetz über die Krankenkassen von 1990.**

Der Hauptzweck dieser Zusatzversicherungen besteht darin, sozial-sanitäre Bedürfnisse, die nicht von der sozialen Sicherheit übernommen werden, abzudecken oder besser abzudecken. Die Mitglieder der mutualistischen Instanzen orientieren sich an den Signalen, die von ihren Mitgliedsorganisationen gegeben werden. Zusatzversicherungen decken z. B. eine bessere Deckung für zahnärztliche, augenärztliche (Brillen, Kontaktlinsen) und psychologische Behandlungen sowie den Transport zu Behandlungsorten ab, die von der Pflichtversicherung nicht oder nicht ausreichend erstattet werden.

Die im Rahmen der Zusatzversicherung (und nicht der Pflichtversicherung) gezahlten Beiträge dienen aber auch dazu, das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen oder Gesundheitsversorgung auszubauen, die in dem betreffenden Gebiet nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden sind oder die innovativ sind, wobei die Entwicklung eines erschwinglichen Qualitätsangebots stets als Richtschnur gilt. So haben einige Krankenkassen, wie die CKK, massiv an der Entwicklung von Krankenhäusern oder der häuslichen Hilfe und Pflege mitgewirkt. Heute unterstützen sie weiterhin verschiedene medizinisch-soziale Initiativen, die sich mit den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen wie der Alterung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Krankheiten oder psychischer Probleme befassen.

In allen Fällen kommt es zu keiner Bereicherung der Krankenkasse. Die gesamten Mitgliedsbeiträge werden in das Projekt der Krankenkasse reinvestiert, um entweder die Erstattung von Leistungen zu decken, neue Zielgruppen zu erfassen oder sich an der Finanzierung von sozialmedizinischen Initiativen zu beteiligen, die von der

öffentlichen Hand nicht ausreichend finanziert werden. Im Rahmen einer transparenten Verwaltung werden diese Kooperationen von dritten Stellen kontrolliert (z. B. Transparenz der Finanzströme).

Die Krankenkassen profitieren zwar von den Signalen aus der Praxis und den in den Instanzen des LIKIV zirkulierenden Informationen über den nicht gedeckten Bedarf, doch ihre Priorität bleibt die weitere Entwicklung des Versicherungsschutzes der Pflichtversicherung. Die von den Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsprodukte wiederum werden vor allem entwickelt, um Bedürfnissen zu entsprechen, die von der Sozialversicherung kaum oder gar nicht abgedeckt werden (die aber in einer idealen Welt abgedeckt werden sollten), oder um Innovationen in diesem Sektor zu ermöglichen (Innovationen, die von einem Erwerbsszweck losgelöst sind).

Darüber hinaus sitzen alle Gewerkschaften der Leistungserbringer sowie die Verbände der Einrichtungen/Dienste der Gesundheitspflege sowohl marktbezogen als auch nicht marktbezogen ebenfalls in den Instanzen des LIKIV und erhalten die gleichen Informationen zur gleichen Zeit wie die Krankenkassen (insbesondere in den Vertragskommissionen, die sich aus einer gleichen Anzahl von Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammensetzen). Dasselbe gilt für die Regierungsvertreter, die auch in den Verwaltungsinstanzen des LIKIV (insbesondere dem Versicherungsausschuss) sitzen. Die Bedürfnisse der Bevölkerung sind daher allen Parteien bekannt und werden in verschiedenen Gremien transparent diskutiert. Es steht also jedem frei, sie zu nutzen, um neue politische Maßnahmen oder Initiativen vorzuschlagen. Die Krankenkassen tun dies, aber sie wollen nicht mit der Pflichtversicherung konkurrieren, sondern die Interessen und Bedürfnisse ihrer Mitglieder in den Vordergrund stellen und nicht nach finanziellen Gewinnen streben.

Schließlich entwickeln die Krankenkassen auch wahlfreie Versicherungen (Krankenhausversicherungen, Zahnzusatzversicherungen, ...), die über individuelle Prämien finanziert werden. Diese freiwilligen Produkte werden innerhalb von Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit (Sociétés mutualistes d'assurance - SMA) verwaltet, die von der Pflicht- und Zusatzversicherung getrennt sind. Es gibt weder einen medizinischen Fragebogen beim Eintritt in die freiwillige Versicherung noch einen Ausschlussmechanismus aufgrund zu hoher Risiken/Kosten im Gegensatz zu kommerziellen Privatversicherungen. Die wahlfreien Versicherungen der Krankenkassen basieren also trotz der Tatsache, dass es sich um ein privates Versicherungsmodell handelt, auf einem inklusiven und solidarischen Modell.





**In Brüssel, der Wallonischen Region und der Deutschsprachigen Gemeinschaft stärkt die CKK den Zugang der Bevölkerung (Mitglieder und Nichtmitglieder) zu Hilfe und Pflege durch die Unterstützung und den Ausbau mehrerer sozialmedizinischer Strukturen. In anderen Worten:**



Partenaire Mutualité chrétienne

**Über 24.000 Personen erhalten jährlich häusliche Pflegedienste und 42.000 Patienten werden durch häusliche Krankenpflege betreut;**



Partenaire Mutualité chrétienne

**Rund 15.800 Mitglieder profitieren von einem Hausnotrufsystem (PSD/Vitel);**



Partenaire Mutualité chrétienne

**Jährlich werden fast 2.250 neue Anfragen nach Beratung zur Einrichtung der Wohnung nach einem Verlust der Selbstständigkeit bearbeitet (Solival);**



Partner der Christlichen Krankenkasse

**Mehr als 62.000 Personen haben Zugang (durch Kauf oder Miete) zu individuellen oder Mobilitätshilfen (Qualias).**

## ...in einer breiten Vision der Gesundheit

Es ist möglich, dass eine Krankenkasse einen Teil der Mitgliedsbeiträge investiert, um soziale Bewegungen (eine soziale Bewegung für Senioren, eine soziale Bewegung und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen usw.) oder sozialmedizinische Initiativen (Familienplanungsdienste, Dienste zur Prävention/ Gesundheitsförderung) oder einen Jugendverband zu unterstützen, der Kurse und Ferienlager für Kinder und Jugendliche organisiert, die die mentale Gesundheit, das Selbstwertgefühl, die Unternehmungslust, die Solidarität und das Zusammenleben fördern....

All diese Investitionen finden ihre Motivation in der Gesundheitsliteratur und bei der Weltgesundheitsorganisation, die davon ausgeht, dass mehr als 70% dessen, was die gute Gesundheit einer Bevölkerung bestimmt, auf nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren zurückzuführen ist (man denke an die Qualität der Wohnung, die Raumplanung, aber auch an soziale Bindungen, das Engagement in Vereinen, den Zugang zu soziokulturellen Aktivitäten usw.). Die CKK unterstützt nachdrücklich die Ansicht, dass Gesundheit sich in allen Politikbereichen befindet.

Diese Bewegungen schaffen nicht nur soziale Bindungen durch ehrenamtliches Engagement, sondern ermöglichen es auch, konkrete Probleme, mit denen bestimmte Zielgruppen (z. B. Senioren, Jugendliche, Menschen mit Beeinträchtigungen) konfrontiert sind, an die Öffentlichkeit zu bringen. Diese Signale können dann in politische Anfragen oder sogar in kollektive Antworten auf individuell aufgetretene Bedürfnisse umgesetzt werden.

Wie dem auch sei, wenn diese Bewegungen und ihre medizinisch-sozialen Initiativen von einer Krankenkasse über die Mittel der Zusatzversicherung finanziell unterstützt werden, werden sie weiterhin von eigenen und souveränen Verwaltungsräten und Generalversammlungen geleitet und haben einen eigenen Rechtsstatus.

**Bewegungen sind Aktivitäten, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, z. B.:**



**80 organisierte Jugendaufenthalte in Belgien und im Ausland und mehr als 60 Ferienlager, die von mehr als 1.400 Ehrenamtlichen betreut werden (Ocarina);**



**30 Aufenthalte in Belgien und im Ausland für über 65-Jährige und mehr als 1.200 Stunden Erwachsenenbildung (Eneo - Die Eiche) sowie eine gemeinnützige Organisation Eneo Sport;**



**40 Aufenthalte in Belgien und im Ausland für Menschen mit Beeinträchtigung, die von mehr als 400 Ehrenamtlichen betreut werden (Alteo), sowie die Vermittlung der Stimme dieser Zielgruppe in zahlreichen beratenden Gremien.**

## Zusammengefasst

- Die im Rahmen der Zusatzversicherung entwickelten Produkte und Vorteile bieten erschwingliche Lösungen zur Deckung von Bedürfnissen, die von der Pflichtversicherung nicht oder nur unzureichend abgedeckt werden. Sie werden auf der Grundlage von Signalen der Mitglieder konstruiert (z. B. Erstattung über das hinaus, was in der Pflichtversicherung erstattet wird);
- Die Mittel der Zusatzversicherung dienen auch dazu, das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen oder Gesundheitsversorgung zu entwickeln, die nicht oder nur in geringem Umfang im Land vorhanden oder innovativ sind, wobei die Entwicklung eines qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Angebots immer als Richtschnur gilt (z. B. Unterstützung von sozialmedizinischen Initiativen);
- Die Mittel der Zusatzversicherung unterstützen auch soziale Bewegungen, die nicht nur die soziale Bindung und den sozialen Zusammenhalt in den Vordergrund stellen, sondern auch die Bedürfnisse, auf die spezifische Zielgruppen stoßen (Senioren, Menschen mit Beeinträchtigungen, ...);
- Diese Investitionen sind gerechtfertigt, da laut der Weltgesundheitsorganisation mehr als 70% dessen, was die gute Gesundheit einer Bevölkerung bestimmt, auf nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren zurückzuführen ist. Die CKK pflegt die Ansicht, dass sich die Gesundheit in allen Politikbereichen befindet;
- Ergänzend dazu bieten Krankenkassen wahlfreie Versicherungsprodukte an, die auf einem inklusiven und solidarischen Modell basieren (keine Ausschlusskriterien oder Risikoselektion im Gegensatz zu anderen privaten Versicherern).



# Krankenkassen sind verantwortungsbewusste Akteure, die der Gemeinschaft wenig Kosten verursachen

## Krankenkassen sind verantwortungsbewusste Akteure...

**Krankenkassen haben die Aufgabe, die Interessen aller ihrer Mitglieder und über diese die der gesamten Bevölkerung zu vertreten. Einerseits spielen sie eine wichtige Rolle im Abstimmungsmodell, um die Erwartungen der Versicherten, die Anforderungen der Leistungserbringer und die Grenzen des Budgets der Gesundheits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Einklang zu bringen. Zum anderen haben sie die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Modalitäten der zwischen den verschiedenen Parteien getroffenen Vereinbarungen (Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen) anschließend von den Leistungserbringern korrekt umgesetzt werden. Sie werden im Übrigen durch ein System der finanziellen Verantwortung finanziell bestraft, wenn sie im Rahmen dieser Aufgabe Verstöße begehen.**

Die Krankenkassen unterliegen dann selbst den Kontrollen von Drittstellen (darunter das Kontrollamt der Krankenkassen, Unternehmensprüfer, aber auch das LIKIV oder die FSMA), die strenge Regeln für die Verwaltung der Finanzströme festlegen. Es ist wichtig zu beachten, dass die verschiedenen Finanzierungsquellen der Krankenkassen buchhalterisch völlig getrennt bleiben müssen (insbesondere zwischen Pflichtversicherung und Zusatzversicherung) und dass die Finanzierung einer Aktivität über die Einnahmen einer anderen völlig verboten ist. Dasselbe gilt für wahlfreie Versicherungen (z. B. Zahnzusatzversicherungen oder Krankenhausversicherungen, die von Krankenkassen organisiert werden). So dürfen die Verwaltungskosten, die die Krankenkassen erhalten, um die Verwaltung der Kranken- und Invaliditätsversicherung zu gewährleisten, keinesfalls Aktivitäten im Zusammenhang mit der Zusatz- oder wahlfreien Versicherung finanzieren und umgekehrt. Dasselbe gilt für die Beträge, die sie zur Erstattung von Gesundheitsleistungen erhalten. Diese dürfen niemals den Betrieb der Krankenkassen finanzieren, sondern nur an die Leistungserbringer, Pflegeeinrichtungen und Mitglieder weitergeleitet werden. Die Behauptung, dass eine Beschränkung der Rolle der Krankenkassen auf ihre Rolle bei der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zahlung von Invalidenrente die Höhe der Verwaltungskosten, die ihnen zufließen, reduzieren würde, ist schlichtweg falsch.

## ...die der Gemeinschaft wenig Kosten verursachen

Im Jahr 2024 belaufen sich die Verwaltungskosten der fünf nationalen Krankenkassen auf 1.284.844.000€ (gegenüber 1.194.981.000€ im Jahr 2023). Diese Beträge finanzieren das Personal der Krankenkassen und die damit verbundenen Betriebskosten, aber auch z. B. IT-Kosten. Dies ist ein großer Betrag, den man jedoch relativieren können muss:

- In den letzten zehn Jahren ist die Entwicklung der Verwaltungskosten von Krankenkassen etwas langsamer gestiegen als die Inflation ;
- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind angesichts des Budgets, für das sie verantwortlich sind, durchaus angemessen: Die Verwaltungskosten machen 2,5% des Gesamtbudgets für die Gesundheitsfürsorge und etwas mehr als 3% für die gesamte Verwaltung der beiden Zweige der Sozialversicherung aus: Gesundheitsfürsorge und Arbeitsunfähigkeit;
- Die CKK erhält 145 Euro/eigenständig versichertes Mitglied an Verwaltungsgebühren pro Jahr. Die öffentliche Gesundheitskasse (direkt vom Staat verwaltet) erhält 301 Euro pro Inhaber für die gleichen Aufgaben;
- Im Vergleich zu unseren Nachbarländern ist die Steuerung und Verwaltung des Gesundheitssystems in Belgien am kostengünstigsten. Zum Vergleich: In Frankreich und Deutschland sind die Kosten jeweils um 25% bis 30% höher;
- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen für die Verwaltung der Budgets der beiden Zweige der Sozialversicherung und für die gesamte belgische Bevölkerung sind proportional 4- bis 6-mal niedriger als die der kommerziellen Privatversicherer für die Verwaltung der für ihre Versicherten verdienten Prämien.

Aus allen oben genannten Gründen ist es daher falsch, davon auszugehen, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen von vornherein ohne Leistungsindikatoren erworben werden (Einführung eines Systems der Rechenschaftspflicht mit finanziellen Sanktionen, wenn sie diese Indikatoren nicht erreichen) oder dass die Abschaffung der Krankenkassen für die Allgemeinheit (Verwaltung durch den Staat) oder die Bürger (kommerzielle Privatversicherungen) weniger kosten würde. Außerdem hat die Regierung bereits Einsparungen bei den Betriebskosten der Krankenkassen erzielt, indem sie nicht der im Gesetz vorgesehenen Entwicklung folgte oder ihnen neue





Aufgaben mit wenig oder keinen zusätzlichen Betriebsmitteln zuwies.

Durch die Digitalisierung eines Großteils ihrer Rechnungs- und Zahlungsverfahren verarbeiten die Krankenkassen ein immer größeres Volumen an Leistungen, sind aber weiterhin mit der Verwaltung immer komplexerer Akten konfrontiert und müssen eine physische Kontaktstelle für ihre Mitglieder bleiben, insbesondere um die digitale Kluft zu bekämpfen. Nur ihre Fähigkeit, territorial auszustrahlen und ihre Nähe zur Bevölkerung kann diesen Bedenken entgegen kommen. Schließlich sollten wir nicht unterschätzen, wie wichtig das Fachwissen und die ausgeprägte Erfahrung Tausender von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Berufen der Krankenkassen sind.

Abschließend sei gesagt, dass Krankenkassen nicht nur Erstattungskassen sind. Ihnen werden auch Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zuerkannt, mit dem Ziel, soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen. So entwickelt die CKK beispielsweise Lehrmittel, die dann von Lehrern verwendet werden, um Kinder für eine gute Zahngesundheit zu sensibilisieren, gibt eine Zeitschrift heraus, die sich auf Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert, oder setzt in Belgien Mitarbeiter ein, die direkt mit gefährdeten Bevölkerungsgruppen in Kontakt treten, um ihnen zu helfen, sich in einem besonders komplexen Hilfs- und Pflegesystem zurechtzufinden.

## Zusammengefasst

- **Krankenkassen gehören zu den am stärksten überwachten Akteuren und unterliegen finanziellen Sanktionsmechanismen, wenn sie ihre Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllen;**
- **Krankenkassen kosten weniger als öffentliche Kassen, die direkt vom Staat verwaltet werden;**
- **Krankenkassen kosten viel weniger als private Versicherungen;**
- **Krankenkassen sind nicht nur einfache Erstattungskassen. Dank ihres Fachwissens begleiten sie ihre Mitglieder in komplexen Situationen und sind auch für Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich anerkannt.**



# Krankenkassen sind Akteure der Zivilgesellschaft, die sich an einer gesunden Demokratie beteiligen

## Die Krankenkassen sind Akteure der Zivilgesellschaft...

**Historisch gesehen hat Belgien, ebenso wie Frankreich und die Niederlande, sein System der sozialen Sicherheit auf der Grundlage des deutsch beeinflussten Bismarck-Modells aufgebaut, das sich wiederum von dem britisch beeinflussten Beveridge-Modell unterscheidet.**

Welche sind die wichtigsten Grundsätze, die die beiden Systeme voneinander unterscheiden? In Systemen mit Bismarck-Einfluss erfolgt die Finanzierung weitgehend über Sozialbeiträge (von Arbeitgebern und Arbeitnehmern), die proportional zum Lohn sind. Auch die gewährten Beihilfen (Arbeitslosengeld, Invalidenrente usw.) stehen in einem angemessenen Verhältnis zum entgangenen Lohn. Dies wird als Solidarität unter den Erwerbstätigen bezeichnet (man beteiligt sich entsprechend seinen Mitteln an der Finanzierung und erhält entsprechend seinen Bedürfnissen). Die angewandte Logik ist folgende: Da es die Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind, die das System der sozialen Sicherheit finanzieren, müssen sie es auch selbst verwalten. In Belgien wird die soziale Sicherheit daher von den Arbeitgebern (vertreten durch die Arbeitgeberverbände) und den Arbeitnehmern selbst (vertreten durch die Arbeitnehmergewerkschaften) in einem paritätischen Verwaltungssystem mitverwaltet.

In ähnlicher Weise werden die verschiedenen Zweige der sozialen Sicherheit von allen Mitgliedern der Zivilgesellschaft mitverwaltet, die die verschiedenen betroffenen Parteien vertreten. Aus diesem Grund vertreten die Krankenkassen ihre Mitglieder in den Verwaltungsorganen der Kranken- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung gegenüber den Vertretern der Leistungserbringer.

Im Gegensatz dazu sind Systeme mit Beveridge-Einfluss ihrerseits universell und haben es sich zur Aufgabe gemacht, allen Bürgern denselben Mindestschutz zu gewähren (jeder erhält das Gleiche). Sie sehen pauschale Beihilfen vor, die für alle gleich sind. Die Finanzierung erfolgt über Steuern, und das System wird hauptsächlich vom Staat verwaltet (der Staat finanziert, also verwaltet er auch).

Wesentlich in unserem Modell ist die strukturelle Abstimmung zwischen den politischen Vertretern und der Zivilgesellschaft (sog. beratende Demokratie) und die aktive Einbindung (integrative Mitbestimmung) der Zivilgesellschaft in die sie betreffenden Politiken. In diesem Modell werden die Antworten auf die sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung nicht „blind“ vom Markt oder von einem allmächtigen Staat festgelegt, sondern werden durch den Dialog im Rahmen der sozialen Konzertierung zwischen den Beteiligten, die über echtes Fachwissen und Kenntnisse der Bedürfnisse verfügen, konstruiert. Das ist die Rolle der Zivilgesellschaft: Interessenvertretung. Im Falle der Gesundheitsfürsorge setzen sich die Krankenkassen für die Gesundheit ihrer Mitglieder ein, wobei sie die Gesundheit als ein gemeinsames Gut betrachten, bei dem das allgemeine Interesse Vorrang vor dem Einzelinteresse hat. Sie gehen von individuellen Bedürfnissen aus, um diese in eine kollektive Antwort umzusetzen.

Die starke Einbindung und Mitverantwortung der Zivilgesellschaft stärkt die Legitimität der Politik und sichert Stabilität und sozialen Frieden. Eine politische Entscheidung wird besser befolgt und weniger angefochten, wenn sie gemeinsam mit den Betroffenen konstruiert wurde. Ebenso kümmern sich die Zivilgesellschaft und die zu ihr gehörenden Mittelinstanzen (Gewerkschaften, Krankenkassen) wenig um Wahltermine (im Gegensatz zu den politischen Parteien) und können sich politische Maßnahmen in einem längeren Zeitraum vorstellen und umsetzen (der oft für große Reformen erforderlich ist). Sie können der Bevölkerung politische Entscheidungen erklären und popularisieren und sie vor allem bei der Umsetzung begleiten.





## ... die sich an einer gesunden Demokratie beteiligen

**Was ist, wenn morgen die Krankenkassen abgeschafft werden?** Warum nicht übermorgen die Gewerkschaften? Und übermorgen dann die NROs? Denn wenn wir anfangen, soziale Organisationen, die sich für die Interessen ihrer Mitglieder einsetzen, abzuschaffen oder zu schwächen, wo hören wir dann auf? Dieselben Menschen, die die Existenz der Krankenkassen in Frage stellen, die die Interessen der Patienten vertreten, werden sie auch die Gewerkschaften der Ärzte, der Arbeitnehmer, die Arbeitgeberverbände der Betreiber von Pflegeeinrichtungen ... in Frage stellen? Wenn man dieser Argumentation folgt, würden alle Mittelinstanzen zwischen dem Staat auf der einen Seite und den Bürgern auf der anderen Seite verschwinden und somit das Feld den politischen Führern und der Verteidigung von Einzelinteressen überlassen (ohne Gegenmacht; ohne kritischen Blick auf die Entscheidungen, die unsere Gesellschaft organisieren und die von unseren Führern getroffen werden).

Wie geht es weiter? Wird unsere öffentliche Politik dadurch effizienter? Wird die partizipative Demokratie daraus gestärkt hervorgehen? Werden die Zustimmung der Bevölkerung zur Politik und das Vertrauen in die Parteien gestärkt? Werden der Zusammenhalt und der soziale Frieden stärker gewährleistet? Das glauben wir nicht. Unser demokratisches System verdient es sicherlich, überarbeitet und modernisiert zu werden, aber wie auch immer dieses zukünftige Modell aussehen mag, wir können es uns nicht ohne die Zivilgesellschaft und die Achtung der Mittelinstanzen vorstellen.

## Zusammengefasst

### Die Zivilgesellschaft und Mittelinstanzen wie Krankenkassen sind wichtig weil sie:

- **die Bedürfnisse der Bevölkerung weitergeben und ihre Interessen vertreten, indem individuelle Bedürfnisse in kollektive Antworten umgesetzt werden, die auf das allgemeine Interesse abzielen;**
- **der Bevölkerung politische Entscheidungen erläutern und sie bei der Umsetzung begleiten;**
- **eine gesunde Demokratie durch das Vorhandensein von Gegenkräften ermöglichen und dadurch den sozialen Frieden sichern.**

## Schlussfolgerung



**Denjenigen, die glauben, dass die Rolle der Krankenkassen nur darin besteht, Gesundheitsleistungen und Medikamente zu erstatten, oder die die Tätigkeit der Krankenkassen auf eine administrative Beziehung und einen digitalen Schalter für die Erstattung von Gesundheitsleistungen reduzieren wollen, sagen wir nein!**

### Krankenkassen haben als Aufgaben:

- als Sprachrohr für kranke und nicht kranke Mitglieder zu fungieren: diese zu verteidigen und ihre Anliegen weiterzugeben;
- die Gesundheitsförderung zu unterstützen: ihre Mitglieder zu informieren, zu beraten, zu schulen und zu begleiten;
- die Mitverwaltung der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, aber auch im Namen des Staates die Gesundheitsfürsorge für ihre Mitglieder zu erstatten und im Rahmen der Pflichtversicherung Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit/Invalidität auszus zahlen;
- die Solidarität für nicht durch die öffentliche Hand abgedeckte Bedürfnisse zu stärken: Deckung von Sozial-, Pflege- und Gesundheitskosten, die nicht durch die Sozialversicherung abgedeckt werden, daher das Angebot von Zusatz- und freiwilligen Versicherungen;
- mit den Mitteln ihrer Mitglieder, die von ihren gewählten Vertretern festgelegt werden: Entwicklung von Sozialunternehmertum, um den sozialmedizinischen Bedarf der gesamten Bevölkerung oder eines Teils der Bevölkerung zu decken, der nicht von der Gemeinschaft oder dem Markt abgedeckt wird, um den Zugang zu erleichtern und um zum Grundsatz der Wahlfreiheit der Patienten beizutragen;
- die Gesundheitspolitik zu gestalten: an den Verhandlungen teilzunehmen, die den gesetzlichen Rahmen für die Gesundheitsversorgung und die Höhe der Kostenerstattung festlegen, dabei die Interessen der Patienten zu vertreten und die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems sicherzustellen;
- die Arbeitsunfähigkeit zu betreuen und die Rückkehr ins Arbeitsleben zu unterstützen;
- und indirekt gehören die Krankenkassen angesichts ihrer flächendeckenden Präsenz zu den letzten Akteuren, die einen ganzheitlichen Blick auf die Gesundheitspolitik in Belgien haben. Sie tragen somit zu einer stärkeren Kohärenz der Politik zwischen den verschiedenen Regierungsebenen bei.



CKK. Mitten im Leben.