

Gesetz zur Finanzreform der Gesetzlichen Krankenkassen

Mehr Geld allein hilft nicht

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Bundesregierung eine GKV-Finanzreform auf den parlamentarischen Weg bringt. Die Regierung plant, die Einnahmeseite der Krankenkassen zu reformieren, indem der Zusatzbeitrag umgestaltet und begleitend ein neuer Sozialausgleich eingeführt wird. Zudem soll das im Jahr 2011 drohende GKV-Defizit durch eine einmalige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, einen zusätzlichen Steuerzuschuss von zwei Milliarden Euro sowie Sparmaßnahmen verhindert werden. Damit erhalten die Krankenkassen für das kommende Jahr die dringend notwendige finanzielle Planungssicherheit.

Eine umfassende Reform mit grundsätzlichen Strukturreformen ist hingegen nicht erkennbar. Damit bleibt die Regierungskoalition hinter den mit dem Koalitionsvertrag geweckten Erwartungen, ein Gesundheitswesen mit mehr Wettbewerb und dauerhafter finanzieller Stabilität zu schaffen, bedauerlicherweise weit zurück. Sie beharrt in dem System des wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds, mit dem den Krankenkassen ihre Beitragsautonomie entzogen und der Wettbewerb erschwert wurde.



Die GKV-Finanzreform der Bundesregierung sorgt für Planungssicherheit 2011, die Strukturen des wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds bleiben aber leider erhalten.

Die Betriebskrankenkassen definieren sich durch Nähe zu ihren Trägerunternehmen und ihren Versicherten. Sie stehen für exzellente Versorgungskonzepte, beispielsweise im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch ihre Betriebsnähe ist ihnen aber auch ökonomi-

sches Denken eine Selbstverständlichkeit. Deshalb sehen die BKK den Wettbewerb im Gesundheitswesen als wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten.

Lesen Sie weiter auf Seite 2. ►

Sachsen-Anhalt: Vernetzte Pflege

In Sachsen-Anhalt startete die „vernetzte Pflegeberatung“ landesweit. Die vernetzte Pflegeberatung bietet unabhängige Beratung und umfassenden Service für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Kassen und Kommunen koordinieren ihre Beratungsangebote.

Seite 5

Fachtagung: Kein altes Eisen

Mit dem demographischen Wandel in der Arbeitswelt befasst sich eine Tagung des BKK Landesverbandes Mitte am 25. Oktober in Hannover. Wie muss Betriebliche Gesundheitsförderung auf ältere Arbeitnehmer zugehen, wie geht altersgerechte Personalentwicklung?

Seite 6

BKK Landesverbände kooperieren

Die BKK Landesverbände Mitte sowie Rheinland-Pfalz und Saarland haben eine umfangreiche Kooperation beschlossen. Sie verpflichten sich zur gegenseitigen Abstimmung zu gesundheitspolitischen Entwicklungen und bei verbandspolitischen Entscheidungen.

Seite 6

Editorial



Sehr geehrte
Leserinnen
und Leser,

Die Gesundheitsreformdebatte geht in einen heißen Herbst. Gleich zwei größere Gesetzentwürfe werden im Bundestag beraten: das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung und das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Leider ist einer neuen Regierung mal wieder kein großer Wurf gelungen. Eingezwängt zwischen den liberalen Wünschen nach einer Gesundheitsprämie und dem Beharren der CSU, alles beim Alten zu belassen, konnte kein Reformwerk entstehen, das diesen Namen verdient.

Betriebskrankenkassen streben danach, Versicherte besser zu versorgen und zu betreuen. Für dieses Ziel arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BKK Landesverbandes Mitte. Wir haben in dieser Ausgabe von „fakten & aspekte“ wieder eine Reihe von kleineren und größeren Beispielen zusammen getragen, die sich sehen lassen können: Bessere Hörgeräteversorgung für Kinder und Jugendliche genauso wie die ambulante Versorgung von psychisch Kranken in Berlin und Brandenburg, die langwierige Klinikeinweisungen vermeiden hilft.

Ein Schwerpunkt von Betriebskrankenkassen ist seit Jahrzehnten die Betriebliche Gesundheitsförderung. Auch in diesem Feld der Prävention sind immer wieder neue Ideen und Konzepte gefragt. Angesichts des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft, muss die Prävention ältere Arbeitnehmer stärker in den Fokus nehmen. „Kein altes Eisen - zum demographischen Wandel in der Arbeitswelt“ heißt eine Fachtagung, die neue Konzepte vorstellt, mit denen es gelingt, älter werdende Belegschaften gesund zu halten. Konzepte von Krankenkassen und Unternehmen werden vorgestellt und diskutiert. Dazu lade ich herzlich ein, am 25. Oktober in Hannover.

Ihr Hans-Hermann Runge

Gesundheitsreform:

BKK sind Garant für verbraucherfreundliches Gesundheitswesen

► **Fortsetzung von Seite 1:** Die Betriebskrankenkassen sind eine Kasernenart, die sich vor allem durch ihre Vielfältigkeit auszeichnet. Allein mehr als zwei Drittel der Gesetzlichen Krankenkassen sind BKK, darunter neben kleinen und mittleren Kassen mit eher regionalem Schwerpunkt auch viele große bundesweit geöffnete Kassen. Diese Pluralität gilt es, als einen Garant für ein wettbewerbles und verbraucherfreundliches Gesundheitswesen zu erhalten.

Zusatzbeitrag und Festschreibung des Beitragssatzes

Für das Jahr 2011 soll der allgemeine Beitragssatz letztmalig von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent angehoben werden. Dabei steigen der Arbeitnehmeranteil von 7,9 auf 8,2 Prozent und der Arbeitgeberanteil von 7,0 auf 7,3 Prozent. Künftige Kostensteigerungen sollen nach dem Konzept der Bundesregierung jedoch allein von den Versicherten durch den Zusatzbeitrag getragen werden. Die Betriebskrankenkassen sehen es mit Sorge, wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Gerade in der Betrieblichen Krankenversicherung hat sich die lange Tradition wertvoller Erfahrung mit der aktiven Finanzverantwortung der Arbeitgeber bewährt. Insbesondere die Anreize zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen gilt es, auch weiterhin zu erhalten und zu fördern.

Keine Beitragssatzautonomie

Die Bundesregierung plant, den Zusatzbeitrag neu zu gestalten. Dafür soll er künftig unabhängig vom Einkommen der Versicherten als fester Betrag erhoben und durch einen neuen Sozialausgleich abgedeckt werden. Mit dieser Neugestaltung des Zusatzbeitrages wird für die Krankenkassen eine kurzfristige Erleichterung ihrer Liquiditäts-

situation ermöglicht und damit ihre Planungssicherheit erhöht. Eine tatsächliche Beitragsautonomie wird mit dieser Neuregelung jedoch nicht erreicht!

Im Gegenteil: Für die gesamte Übergangsphase bis zu einer flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge droht ein **ruinöser Wettbewerb** um die Verhinderung von Zusatzbeiträgen, der die Gefahr von größeren finanziellen Schief lagen einzelner Kassen und letztlich des haftenden GKV-Systems birgt.

Fehlanreize im Morbi-RSA beheben

Ob und wie lange eine Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag auskommt, hängt in den wenigsten Fällen von der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenkasse ab. Da die Krankenkassen mit dem Gesundheitsfonds ihre Beitragsautonomie verloren haben, bestimmen auf der Einnahmenseite die Zuweisungen des Gesundheitsfonds über den Zusatzbeitragsbedarf der einzelnen Kasse. Die Höhe der Zuweisungen wird durch den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bestimmt. Um den Krankenkassen wieder faire Ausgangschancen im Wettbewerb um die Zusatzbeiträge zu geben, müssen daher die bestehenden **Fehlanreize und Manipulationsrisiken des Morbi-RSA** schnellstmöglich **beheben werden**.

Das Erheben von Zusatzbeiträgen bedeutet für die Krankenkassen einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Dies haben erste Erfahrungen aus diesem Jahr gezeigt. Daher muss der gesetzliche Rahmen so gestaltet sein, dass der **Zusatzbeitragseinzug kassenindividuell** organisiert werden kann. Dies eröffnet den Krankenkassen auch wieder neue Wettbewerbsspielräume, beispielsweise in der Option eines **Quellenabzugs** im Einvernehmen zwischen Unternehmen und Krankenkasse.

Durch die steigende Relevanz der Zusatzbeiträge für die Gesamteinnahmen der GKV dürfen den Krankenkassen darüber hinaus **keine Liquiditätsrisiken** entstehen. Insbesondere das Risiko potentieller Nichtzahler muss für die Krankenkassen durch die Schaffung eines klaren rechtlichen Rahmens und durch Anreizverfahren **minimiert** werden.

Nicht einseitig Sparen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ziel der Bundesregierung, durch Einsparungen im Leistungsbereich den Anstieg der GKV-Ausgaben für das kommende Jahr zu senken. Kritisiert wird jedoch, dass einzelne Leistungserbringer, wie die Apotheker, von den Sparbemühungen völlig ausgenommen wurden. Auch sehen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Sparmaßnahmen nicht als ausreichend an. Darüber hinausgehende Struktur-reformen sind dringend notwendig, um die Belastungen für die Versicherten im Jahr 2011 – aber auch in den Jahren darauf – so gering wie möglich halten zu können. Der Bundesregierung fehlt ein grundlegendes Konzept, wie die Gesundheitskosten langfristig stabil und für die Versicherten bezahlbar gestaltet werden sollen.

Hausarztzentrierte Versorgung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ziel der Bundesregierung, das **Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu begrenzen** und an die Regelversorgung anzupassen. Der vorgesehene Vertrauensschutz für schon geschlossene oder per Schiedsamt festgelegte HzV-Verträge ist jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen inakzeptabel. Die Rechtsgültigkeit dieser Verträge muss auf den 31. Dezember 2010 begrenzt werden. Grundsätzlich bleiben die Betriebskrankenkassen bei ihrer Haltung, dass innovative Versorgung im Rahmen der Selektivverträge nur durch freie Vertragspartnerwahl und echte Gestaltungsspielräume möglich sind. Der **Vertragszwang des § 73b** muss daher gänzlich **aufgehoben** werden.

Vergütung der Ärzte

Vor dem Hintergrund der hohen Honorarsteigerungen der jüngsten Vergangenheit (17 Prozent Zuwachs



Noch nie ist soviel Geld von den Gesetzlichen Krankenkassen in den Krankenhausbereich geflossen wie im Jahr 2009 und auch für 2010 ist mit einer Steigerung zu rechnen.

bzw. 4,7 Milliarden Euro mehr von 2007 auf 2010) muss ein ausgewogenes Sparpaket auch bei den niedergelassenen Ärzten eine **Nullrunde** vorsehen. Ankündigungen, die Vergütung ärztlicher Leistungen, die ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden, noch einmal zu verhandeln, begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, reichen als Sparanstrengungen aber nicht.

Um die ärztliche Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten, setzen sich die Betriebskrankenkassen für eine **sinnvolle Honorarreform** ein, mit der eine stärkere Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen und Versorgungsanforderungen und deren Gestaltungsmöglichkeit durch die Gemeinsame Selbstverwaltung in den Ländern ermöglicht wird.

Für den **zahnärztlichen Bereich** sollen die Ausgaben im kommenden Jahr nur in Höhe der halben Grundlohnsumme steigen dürfen. Dieses moderate Einsparziel wird durch die von der Politik ebenfalls für die nahe Zukunft angekündigte Angleichung der Honorare in Ost und West jedoch völlig konterkariert. Eine Nullrunde muss auch im zahnärztlichen Bereich erfolgen.

Stationäre Versorgung

In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhaus-

bereich gegeben. Von den Gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld in den Krankenhausbereich geflossen wie 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch ein aktuelles Gesetzgebungsverfahren nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Ausgaben 2011 nicht weiter steigen. Für eine solche **echte Nullrunde** ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren, sondern die Mengentwicklung im Jahr 2010 in voller Höhe zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität 2011 im Krankenhausbereich realistisch.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend.

Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen neue **Spielräume für die Senkung ihrer**



Die Bundesregierung will zukünftige Ausgabensteigerungen einzig über Zusatzbeiträge der Versicherten finanzieren.

Verwaltungskosten zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführten zusätzlichen Aufgaben der Krankenkassen. Auch geplante Reformen, wie die Einführung von Mehrkostenregelungen bei rabattierten Arzneimitteln im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes oder die umfassende Einführung von Zusatzbeiträgen erfordern einen erhöhten Verwaltungsaufwand. Über Ausnahmetatbestände muss es den Krankenkassen darüber hinaus ermöglicht werden, weiterhin an innovativen Versorgungsstrukturen zu arbeiten und dadurch langfristig bei verbessertem Versorgungsangebot für die Versicherten Kosten zu sparen. Bei Investitionen in die Zukunft darf nicht gespart werden!

Die **Verwaltungskosten generell zu deckeln**, halten die Betriebskranken-

kassen daher für den **falschen Weg**. Eine Deckelung der Verwaltungskosten heißt auch, an unwirtschaftlichen Kassenstrukturen und ungerechtfertigten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds festhalten zu wollen.

Finanzausgleiche

Die Analyse und Entscheidung über die Gewährung von finanzieller Hilfe bei in Schwierigkeiten geratenen Krankenkassen liegt derzeit alleine beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Diese Analysen und Entscheidungen erfolgen ohne Einschaltung und Kontrollmöglichkeit der Kassenart, die in der Folge die Kosten einer Fehlentscheidung zu tragen hat. Solche Entscheidungen können für die betroffene Kassenart systemrelevant werden. Deshalb fordern die Betriebskrankenkassen, dass bei der Analyse und Entscheidung nach § 265 a SGB V künftig

zwingend die betroffene Kassenart in die Verfahren einzubinden ist. Überdies bedürfen zum Schutz der Krankenkassen die bisherigen Regelungen zur Haftungsprävention einer Überprüfung und Anpassung.

PKV-Wechsel

Mit der Absicht der Bundesregierung, GKV-Versicherten wieder nach einjähriger Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze den Wechsel in die PKV zu ermöglichen, schadet die Bundesregierung der GKV und mindert ihre Einnahmen. Dies konterkariert die Intention der Bundesregierung die Einnahmeseite der GKV zu stabilisieren und wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Resümee

Die Betriebskrankenkassen sehen in der GKV-Finanzreform eine Perspektive für das kommende Jahr. Das Ziel einer nachhaltigen Reform sehen sie hingegen nicht erreicht. Das Vorhaben, zukünftige Ausgabensteigerungen einzig über Zusatzbeiträge der Versicherten finanzieren zu wollen, sehen die Betriebskrankenkassen mit Sorge. Auch darf zukünftig nicht einzig über kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen den Ausgabensteigerungen begegnet werden. Insbesondere mit Strukturreformen in der medizinischen Versorgung, Stärkung der Prävention und Förderung des Wettbewerbs muss indes langfristig angestrebt werden, der Kostensteigerung im Gesundheitswesen grundsätzlich zu begegnen.

Hörgeräte für Kinder

Für eine optimale Entwicklung in Schule, Familie und Umfeld

Der BKK Landesverband Mitte hat einen Vertrag zur optimalen Hörgeräteversorgung bei Kindern und Jugendlichen geschlossen. „Kinder und Jugendliche brauchen individuelle Hörgeräte, die nicht nur dem Hörvermögen, sondern auch dem Alter entsprechend angepasst sind“, erklärte Klemens Pawisa vom BKK Landesverband Mitte. Ein 17-jähriger Teenager braucht ein anderes Gerät als ein Kleinkind, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des

Krankenkassenverbandes. Der Vertrag gilt für die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

„Optimales Hörvermögen ist gerade bei Kindern für eine optimale Entwicklung in Schule, Familie und Freundeskreis wichtig“, erläuterte Pawisa. Der BKK Landesverband Mitte hat daher den Vertrag mit der Firma KIND Hörgeräte geschlossen.

Dieser Vertragspartner betreibt ein bundesweit flächendeckendes Netz von Fachgeschäften und ist einer der führenden Anbieter von altersgerechter Hörgeräte-Akustik. Bessere Versorgung bedeutet zudem nicht automatisch höhere Kosten, denn: „Durch unsere Vertragskonditionen können die Betriebskrankenkassen bessere Versorgung zu deutlich günstigeren Kosten anbieten“, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende.

Bremen:

Ersparnisse summieren sich

Es ist nicht immer der große Vertragsentwurf der die Versorgung der BKK Versicherten besser und preiswerter macht. In Bremen sind es auch eine Reihe kleinerer Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Hilfsmittel, die Geld sparen.

Dort begutachtet der vereidigte Sachverständige und Augenoptikermeister Uwe Pelchen seit Mai 2007 Kostenvorschläge für Sehhilfen. Auf Grund der überdurchschnittlich guten Prüfergebnisse und Einsparungen, reichen inzwischen 13 Betriebskrankenkassen des BKK Landesverbandes die Kostenvorschläge für ihre Versicherten ein. Bis Juni 2010 wurden für etwa 900.000 Euro Kostenvorschläge zur Prüfung vorgelegt. Danach ergab sich für die BKK eine Ersparnis von ca. 54 Prozent oder ca. 486.000 Euro für diese Hilfsmittel.

Im Bereich der Hörgeräteversorgung begutachtet der vereidigte Sachverständige und Hörgeräteakustiker Christian Krause in Bremen Kostenvorschläge. Seit Juni 2010 wird auch dieses Angebot zwischenzeitlich von mehreren Betriebskrankenkassen in Anspruch genommen. Innerhalb von zehn Wochen wurden insgesamt 52 Kostenvorschläge eingereicht. Allein durch die Prüfung dieser Kostenvorschläge wurde eine Ersparnis von 102.000 Euro erzielt.

Niedersachsen:

Arzneimittelausgaben steigen

In den ersten sieben Monaten des Jahres 2010 haben die Gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen rund 1,5 Milliarden Euro für verschreibungspflichtige Medikamente ausgegeben. „Das sind rund 4,2 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum“, erklärt Detlef Wien vom BKK Landesverband Mitte. Das Land liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt, welcher ein Ausgabenplus von vier Prozent verzeichnet, so der Landesvertreter Niedersachsen des Krankenkassenverbandes. Deutschlandweit zahlten die Kassen von Januar bis Juli gut 16,5 Milliarden Euro für verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Angesichts der geplanten Einsparungen im Gesundheitswesen wiederholte der Krankenkassenverband seine Forderungen nach Wegfall der Mehrwertsteuer auf verschreibungspflichtige Medikamente. „Allein in Niedersachsen wurden für die verordneten Arzneimittel 244 Millionen Euro an Mehrwertsteuer fällig“, kritisiert Wien. Deutschlandweit kassierte der Fiskus sogar 2,7 Milliarden Euro für Arzneimittelverordnungen. In skandinavischen Staaten oder in Großbritannien wird auf Mehrwertsteuer für verschreibungspflichtige Medikamente verzichtet. „Auch in Deutschland sollten die gesparten Milliarden in die Patientenversorgung investiert werden“, fordert Wien.

Sachsen-Anhalt:

Vernetzte Pflegeberatung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen



Katrin Oettel, Leiterin der Landesvertretung Sachsen-Anhalt unterzeichnete für den BKK Landesverband Mitte die Rahmenvereinbarung „Vernetzte Pflegeberatung“, die vom Gesundheitsminister Norbert Bischoff (Zweiter von rechts) der Presse vorgestellt wurde.

Am 6. September 2010 startete in Sachsen-Anhalt die „vernetzte Pflegeberatung“ für Pflegebedürftige und ihre

Angehörigen. Die Krankenkassen und ihre Verbände in Sachsen-Anhalt, der Städte- und Gemeindebund, der Landkreistag sowie das Ministerium für Gesundheit und Soziales haben hierzu eine Rahmenvereinbarung geschlossen. Gesundheitsminister Norbert Bischoff erklärte zur Vertragsunterzeichnung: „Die vernetzte Pflegeberatung ist im Interesse der

Bürgerinnen und Bürger. Sie haben Anspruch auf eine unabhängige Beratung und umfassenden Service. Kassen und Kommunen haben zugesagt, ihre bereits bestehenden Beratungsangebote besser zu koordinieren.“

Mit der vernetzten Pflegeberatung werden pflegerische und soziale Beratungs-, Versorgungs- und Betreuungsangebote gebündelt, vernetzt und besser aufeinander

abgestimmt. Unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse man versichert ist, können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an den schon bestehenden Beratungsstellen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kommunen umfassend und aus einer Hand informieren. Der Vorteil für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen: Alle Fragen, beispielsweise zu Pflegeleistungen, Pflegeansprüchen werden wohnortnah in den Beratungsstellen, telefonisch oder auch in der häuslichen Umgebung von einer Stelle geklärt. Zudem initiiert und koordiniert die aufgesuchte Stelle alle weiteren notwendigen Maßnahmen wie beispielsweise Fallkonferenzen.

Die vernetzte Pflegeberatung wurde bereits in den Modellregionen Magdeburg und Harz im vergangenen Jahr erfolgreich getestet. Um den Erfolg auf Dauer sicherzustellen, soll die vernetzte Pflegeberatung wissenschaftlich evaluiert werden.

Veranstaltungsreihe

„Sozialgerichte und BKK im Dialog“

Zu unserer Veranstaltungsreihe „Sozialgerichte und BKK im Dialog“ laden wir in diesem Jahr am **Donnerstag, den 4. November 2010, in Hannover, Siebstraße 4** ein.

Vom Bundessozialgericht berichtet Richter Dr. jur. Hans-Jürgen Kretschmer über die Rechtsprechung der Krankenversicherungssenate des Bundessozialgerichts. Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen Marlies Sprung spricht über die aktuelle Rechtsprechung des Landessozialgerichts zur Pflegeversicherung. Vom Sozialgericht Berlin berichtet Richter Dr. jur. Frank Bockholdt.

Anmeldung:
christine.gutsmuths@bkkmitte.de

Veranstaltung

Kein altes Eisen – zum demographischen Wandel in der Arbeitswelt



Die höhere Lebenserwartung der Menschen und die sinkenden Geburtenraten werden die Altersstruktur in Deutschland erheblich verändern. Für Unternehmen ergeben sich verschiedene Konsequenzen und Herausforderungen. Die Unternehmen müssen sich in ihrer Personalpolitik auf ältere Mitarbeiter einstellen, Ziel ist die kompetente Beteiligung im Arbeitsprozess. Gezielte Entwicklungsprogramme, die auf die Potenziale und Stärken der älteren Kollegen ausgerichtet sind, helfen den Unternehmen aktiv den demographischen Wandel zu bewältigen.

Die mit dem Alter verstärkt auftretenden chronischen Erkrankungen machen deut-

lich, wie wichtig langfristig ausgerichtete Betriebliche Gesundheitsförderung ist. Wie können Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer im Unternehmen gefördert werden? Die Tagung greift aktuelle Themen auf und lädt als Plattform für den Austausch zur Diskussion ein.

Fachtagung des BKK Landesverbandes Mitte am 25. Oktober 2010 in Hannover
Stadtteilzentrum Kronsberg
Thie 6, 30539 Hannover

Anmeldung: info@bkkmitte.de
Programm: www.bkkmitte.de/014/KeinaltesEisen.pdf

BKK Landesverbände Mitte sowie Rheinland-Pfalz und Saarland

Umfangreiche Kooperation

Die BKK Landesverbände Mitte sowie Rheinland-Pfalz und Saarland haben eine umfangreiche Kooperation beschlossen. Sie verpflichten sich zur gegenseitigen Abstimmung zu gesundheitspolitischen Entwicklungen und bei verbandspolitischen Entscheidungen. Gemeinsam entwickelte Vertragsstrategien sollen die Position der Betriebskrankenkassen im Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen stärken und ihnen als Grundlage dienen, eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten zu gestalten. Die vorhandene Fachkompetenz der Mitarbeiter wird dabei verbandsübergreifend eingesetzt, um Doppelarbeiten zu vermeiden sowie

Synergien und Arbeitsentlastungen zu erzielen.

Die Betriebskrankenkassen sollen zudem von einem erweiterten Dienstleistungsangebot profitieren: Die bestehenden Dienstleistungseinrichtungen beider Verbände werden mit in die Kooperation eingebunden. Der BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland bringt die Service-Zentren für Krankenhäuser und für Hilfsmittel sowie das „Dienstleistungszentrum Apotheken/Ärzte/Zahnärzte“ ein. Diese nutzerfinanzierten Einrichtungen unterstützen die Betriebskrankenkassen durch ein aktives Fallmanagement bei der Versor-

gung ihrer Versicherten. Die ebenfalls nutzerfinanzierte Arbeitgeberversicherung des BKK Landesverbandes Mitte, ansässig in Magdeburg, wickelt die Umlageverfahren für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (U1) und für Mutterschaft (U2) unbürokratisch für die angeschlossenen Kassen ab.

Die Kooperation soll als Grundlage für eine Fusion beider Verbände im nächsten Jahr dienen. Beide Landesverbände betreuen zusammen 28 Betriebskrankenkassen, die in einem der neun Bundesländer ihren Hauptsitz haben. Diese Betriebskrankenkassen haben zusammen rund 3,8 Millionen Versicherte.

Berlin und Brandenburg:

Seelische Gesundheit zuhause wiedererlangen



Neuer BKK Vertrag für Berlin und Brandenburg erspart vielen psychisch Kranken den Klinikaufenthalt

Der Umgang mit psychischen Erkrankungen hat sich in letzter Zeit deutlich gewandelt. Nicht zuletzt durch den Selbstmord des Nationaltorhüters Robert Enke im vergangenen Jahr ist vielen Menschen bewusst geworden, dass beispielsweise eine Depression eine Krankheit ist, die behandelt werden kann und man sich nicht schämen muss, wenn man eingesteht, dass man dabei Hilfe braucht.

Auch der BKK Landesverband Mitte unterstützt diesen Prozess und entwickelt gemeinsam mit Fachärzten seit geraumer Zeit möglichst passgenaue Angebote für die Betroffenen.

Nun wird erstmals ein Vertrag auch für Berlin und Brandenburg gelten. Partner ist die Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg (PIBB).

„Mit dem Vertrag zur Integrierten Versorgung schaffen wir eine Grundlage dafür, dass die Patienten, die an demenziellen Störungen, Schizophrenie oder Angst- und Persönlichkeitsstörungen erkrankt sind,

vermehrt zuhause behandelt werden können und so Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Das ist im Sinne der Versicherten, der behandelnden Ärzte, der psychiatrischen Pflegedienste und in unserem Sinne, da die kostenintensive Behandlung im Krankenhaus zu 50 Prozent vermieden wird. Sozusagen eine klassische win-win-win-Situation“, betont der Vorstandsvorsitzende des BKK Landesverbandes Mitte, Hans-Hermann Runge.

Die BKK Versicherten, die sich in den Vertrag einschreiben, kommen in den Genuss einer kontinuierlichen und multiprofessionellen Behandlung. Das heißt, dass sie durch die behandelnden Ärzte, die Versorgung der psychiatrischen Pflegedienste und durch die Kooperation mit den Hausärzten ein engmaschiges Netz vorfinden, das ihnen hilft, den Alltag zu meistern. Die Wahrnehmung von Behandlungsangeboten und richtiger Umgang mit den Medikamenten werden so verbessert. „Für den Patienten ist es wichtig, dass er konkrete Ansprechpartner, einen ausgearbeiteten Behandlungsplan und Anlaufstationen hat, die mit ihm

in seinem vorhandenen sozialen Umfeld arbeiten und ihn betreuen. Aber vor allem auch für die Familien ändert sich mit der ambulanten Betreuung einiges. Einweisungen in eine Klinik, die die Angehörigen in Akutphasen des Patienten oft aus Hilflosigkeit veranlassen und die in den Familien dementsprechend oft zu Konflikten führten, werden zukünftig vermieden. Bei akuten Problemen kann die Familie oder der Hausarzt direkt beim Facharzt anrufen. Der schickt den Pflegedienst, der den Patienten in Obhut nimmt, ihn zur Behandlung in die Praxis begleitet oder das Problem gleich vor Ort löst“, so Runge.

Die Vertragsarbeitsgemeinschaft des BKK Landesverbandes Mitte arbeitet daran, allen ihren Versicherten im Verbandsgebiet zukünftig dieses Angebot unterbreiten zu können.

Arzneimittelgesetz:

BKK für Wettbewerb

Mehr Wettbewerb bei Arzneimitteln. Das ist eine Intention des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes, das sich in diesem Herbst in der parlamentarischen Beratung befindet. Das Wettbewerbsrecht in Deutschland kennt das Kartellverbot, das bedeutet, dass nicht einige wenige Unternehmen, die den Markt beherrschen, sich zusammen schließen dürfen, um Preise zu diktieren, zu Lasten kleiner Unternehmen und der Verbraucher. Eben genau dieses soll auch für Krankenkassen gelten, wenn sie Arzneimittel einkaufen, so sieht es der Entwurf des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes vor. Aber eben genau das passt einigen großen Krankenkassen, allen voran der AOK, überhaupt nicht. Sie wollen ihre Marktmacht weiterhin unkontrolliert in die Waagschale werfen, wenn sie mit Pharmaunternehmen über Rabatte verhandeln. Dies geht dann auf Kosten der kleineren Krankenkassen und ihrer Versicherten.

Philip H., 17, angehender Fluggerätmechaniker,
seit Geburt BKK familienversichert, jetzt selbst BKK Mitglied.

Er weiß, was er tut.
Wir auch.

Keine Krankenversicherung ist mit Ihrer Arbeitswelt besser vertraut als die Betriebskrankenkassen. Sie wissen, welchen Gesundheitsschutz Sie in Ihrem Arbeitsumfeld wirklich brauchen. Nicht umsonst vertrauen über 150.000 Auszubildende der BKK. Wie Sie von unseren überzeugenden Argumenten profitieren können, lernen Sie kennen unter: www.bkkmitte.de

Die Betriebskrankenkassen.

Ihre Gesundheit ist unser Job.

