

## Pflege zukunftsgerichtet organisieren

### Auf ein Wort

**A**lle Sozialversicherungszweige in Deutschland sind von Entwicklungen betroffen, die gemeinhin als demografischer Wandel bezeichnet werden. Die Menschen werden deutlich älter. Mitte letzten Jahrhunderts lag die Lebenserwartung noch bei rund 72 Jahren. Heute geborene Männer werden dagegen im Schnitt 77, Frauen 82 Jahre alt. Der Bevölkerungsanteil der über 60jährigen wird von 21 Prozent (2009) auf voraussichtlich 34 Prozent (2050) steigen. Renten-, Arbeitslosen- und die Pflege-/Krankenversicherung haben hierauf zu reagieren.



Jörg Hoffmann



Manfred Puppel

Zwar ist es seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 gelungen, eine flächendeckende Pflegeinfrastruktur aufzubauen und zu etablieren. Die oben genannte Entwicklung macht aber deutlich, dass die langfristige Sicherung der Pflegefinanzierung sowie die Weiterentwicklung von Qualität und Leistungen von zentraler Bedeutung ist.

Die finanziellen Auswirkungen auf die Einnahme- und Ausgabeentwicklung in der gesetzlichen Pflege-/Krankenversicherung sind unbestreitbar. Alter darf nach unserer Meinung aber nicht nur aus dem Blickwinkel einer Belastung der

Sozialsysteme gesehen werden. Die Potenziale älterer Menschen müssen in der Arbeitswelt künftig stärker anerkannt und genutzt werden. Wenn sich Betriebe heute schon um eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung bemühen, ist dies ein richtiger und notwendiger Schritt. Betriebskrankenkassen, die schon aufgrund ihres Ursprungs in den Unternehmen betriebliches Gesundheitsmanagement anbieten, investieren somit in eine Zukunft, in der Arbeitsproduktivität und Alter kein Widerspruch sind.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird wegen der steigenden Zahl Demenzkranker angepasst werden müssen. Den Bedürfnissen der vielen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kann man nur gerecht werden, wenn man sich von der „Minutenpflege“ verabschiedet. Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sollen besser berücksichtigt werden. Dafür unterstützen wir die vom Pflege-Beirat schon 2009 vorgeschlagenen neuen Begutachtungsverfahren und Bedarfsgrade. Dies wird natürlich zu erheblichen Mehrausgaben führen – hier muss die Gesellschaft entscheiden, wie viel ihr gute Pflege Wert ist. Eine gesellschaftliche Aufgabe wird auch sein, wie der steigende Bedarf an qualifizierten Pflegekräften gedeckt wird. Die Betriebskrankenkassen sehen großen Handlungsbedarf schon aktuell, derzeit in der Pflege Beschäftigte dauerhaft in ihrem Beruf und arbeitsfähig zu halten. Die hohe Rate von Burn-out-Erkrankungen bei Pflegepersonen ist ein Alarmsignal.

Ob die Bundesregierung und die sie tragende schwarz-gelbe Koalition noch in diesem Jahr ausreichend handlungsfähig sein werden, um eine zukunftsfeste Neugestaltung der Pflege vorzunehmen, muss aktuell bezweifelt werden. Die Signale von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sind teils widersprüchlich, teils ernüchternd.

Unterdessen nimmt das Versorgungstrukturgesetz seinen Weg durch die Instanzen des Gesetzgebers (mehr dazu auf S. 2). Damit es am 1. Januar 2012 in Kraft treten kann, müssen noch einige Hürden genommen werden. Die Betriebskrankenkassen haben ihren Standpunkt vor allem hinsichtlich der befürchteten, teuren Mengenausweitung im ambulanten spezialärztlichen Bereich deutlich gemacht. Ob die Politik die Warnungen in den Wind schlägt bleibt derzeit abzuwarten.

Dringenden Handlungsbedarf sehen wir auch beim Gesundheitsfonds und dem Morbi-RSA (mehr dazu auf S. 4). Dass diese Umverteilungsmaschinerie mit ihren perfiden Wirkungen dringend reparaturbedürftig ist, weil sie Krankenkassen manövrierunfähig an Klippen zerschellen lässt, wird aktuell offensichtlich. Unsere Reformvorschläge haben wir eingebracht. Jetzt ist die Politik gefordert – bevor weitere Kassen leistungsunfähig werden.

Jörg Hoffmann (Vorstandsvorsitzender)  
Manfred Puppel (stellv. Vorstandsvors.)

## Versorgungsgesetz – Irrweg oder Ausweg?

**I**m August 2011 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) beschlossen. Ende September fand die erste Lesung im Bundestag statt. Es soll ein umfassendes Maßnahmenbündel auf den Weg gebracht werden, das eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung auch für die Zukunft sicherstellt. Der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen insbesondere:

- eine flexiblere Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder. Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen.
- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden sowie die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z. B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren
- die Förderung mobiler Versorgungskonzepte
- bessere Rahmenbedingungen für den Arztberuf u. a. durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger und
- der Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin.

Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärzt-



lichen Vereinigungen erweitert, den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern. Zudem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben.

Desweiteren wird die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der Honorarverteilung. Kassen und Ärzte auf regionaler Ebene sollen mehr Eigenständigkeit bei der Vereinbarung der Vergütung haben.

Mit Neuregelungen im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sollen Menschen mit bestimmten Erkrankungen wie HIV/Aids, Krebs, Multiple Sklerose und anderen schweren oder seltenen Erkrankungen eine reibungslose interdisziplinäre Behandlung erhalten.

Daneben sind eine Vielzahl weiterer Regelungen geplant, die für das System der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt bedeutsam sind.

So soll nach den Erfahrungen bei der CITY BKK-Schließung das freie Kassenwahlrecht der Versicherten gestärkt werden. Bei unrechtmäßigen Abweisungen durch

einzelne Krankenkassen werden die Rechtsfolgen des Eingreifens der Aufsichtsbehörden deutlich verschärft. Auch wird geregelt, dass im Falle von Kassenschließungen ein reibungsloser Übergang sichergestellt wird.

Die Krankenkassen erhalten mehr wettbewerbliche Spielräume. Künftig können sie ihren Versicherten über das gesetzlich festgelegte Angebot hinaus ergänzende Leistungen bei Vorsorge- und Rehamaßnahmen, bei häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe, bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder den Leistungen zur künstlichen Befruchtung anbieten.

Die Betriebskrankenkassen hatten im Vorfeld des Gesetzesentwurfes Anforderungen an die Reform der ärztlichen Versorgung formuliert und in die politische Debatte eingebracht. In diesen wurden die Themen Abbau der Überversorgung, mehr vertragswettbewerbliche Kompetenzen und die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung angesprochen. Zum Gesetzesentwurf hat der BKK BV für die Fachanhörung im Bundesgesundheitsministerium Ende Juni 2011 eine Stellungnahme abgegeben. Darin haben die BKK die vielfältigen Vorhaben zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Lande begrüßt.

Hiermit werden jenseits kurzfristiger Effekte strukturelle Maßnahmen eingeleitet, die helfen, die gute medizinische Versorgung in Deutschland zu erhalten. Eine sektorübergreifende Bestandsaufnahme ist auch aus BKK-Sicht überfällig und kann helfen, die Versorgungsrealitäten künftig besser abzubilden. Sie haben aber auch deutlich gemacht, dass der Gesetzentwurf an vielen Stellen leider unscharf bleibt. Insgesamt wird stark auf finanzielle Anreize gesetzt, um eine vermeintliche Unterversorgung mit Ärzten abzuwenden. Es fehlen jedoch Maßnahmen, um die teure und unnötige Überversorgung, die es in den meisten anderen Gebieten gerade im fachärztlichen Bereich gibt, abzubauen. Hierauf findet der Gesetzentwurf keine ausreichenden Antworten. Durch die geplanten Regelungen werden insofern wichtige Instrumente zur Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung geschwächt.

Den Bundesländern werden weitgehende Rechte bei der Versorgungsgestaltung eingeräumt. In der Umsetzung muss sich zeigen, ob die Bundesländer mit ihrer gewachsenen Kompetenz auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verantwortlich umgehen. Andernfalls drohen erhebliche Risiken für die Finanzierung der GKV. Die vorgesehenen neuen Sat-

zungs- und Ermessensleistungen sollen zwar die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitern, leisten aus Sicht der BKK aber keinen Beitrag für einen funktionalen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen. Es wird lediglich ein Preiswettbewerb – auf Basis von Zusatzbeiträgen – befördert, der letztendlich die Versicherten belastet.

Nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums werden die Auswirkungen des Gesetzes voraussichtlich Mehrausgaben für die GKV von ca. 200 Millionen Euro jährlich verursachen. Die Ausgaben der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sind zum 30.04.2014 zu bewerten. Dieses Ergebnis soll bei der Festlegung des Steuerzuschusses für den Sozialausgleich ab 2015 mindernd berücksichtigt werden, soweit sich daraus unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Das hat zur Folge, dass ggf. der Sozialausgleich nicht, wie vorgesehen, aus Steuerzuschüssen finanziert wird, sondern aus Versichertenbeiträgen.

Die BKK werden sich mit ihren Vorstellungen in die weiteren politischen Debatten intensiv einbringen und auf Schwachstellen hinweisen.

## Gesundheitsfonds bleibt Dauer-Baustelle – Wirkungen des ‚Morbi-RSA‘ gefährden Leistungsfähigkeit von Krankenkassen

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 erfolgt der Ausgleich zwischen den Krankenkassen mit ihren sehr unterschiedlichen Versicherungsstrukturen nach dem morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich. Der Morbi-RSA soll im Prinzip das Werben um junge und gesunde Mitglieder verhindern und gleiche Wettbewerbsbedingungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung schaffen.

Heute – nach zwei Jahren „Feldversuch“ – sind zahlreiche Mängel des Morbi-RSA erkennbar. Der Morbi-RSA hat zum einen den Finanzausgleich in der GKV verkompliziert, ohne dass sich die Verteilungsgerechtigkeit verbessert hätte. Zum anderen haben die Krankenkassen ihre finanzielle Planungssicherheit verloren. Durch häufiges unterjähriges Drehen an bestimmten Stellschrauben sowie die turnusmäßige jährliche Veränderung des Klassifikationsmodells hat das Bundesversicherungsamt den Kassen eine nachhaltige und planbare Finanzausstattung erheblich erschwert.

Die Betriebskrankenkassen (BKK) haben bereits vor der Einführung des Morbi-RSA vor allem gegen Fehlanreize durch die Einbeziehung der Verwaltungskosten in die Umverteilungsmaschinerie protestiert: Gleicht man, wie in den letzten zwei Jahren geschehen, die Verwaltungskosten der Krankenkassen aus, ohne sich an den wirklich nötigen Ausgaben zu orientieren, dann bemühen sich ineffiziente Verwaltungen nicht um mehr Wirtschaftlichkeit. Krankenversicherungen mit „schlanken“ Verwaltungen werden hingegen aus dem Gesundheitsfonds aktuell nicht „belohnt“.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die Pläne der Bundesregierung den Morbi-RSA zu reduzieren, zu vereinfachen,

unbürokratischer zu gestalten und besser gegen Manipulationen zu schützen. Dazu schlagen die BKK drei Punkte vor:

- einen Risikopool einzuführen
- die Erstattung der Verwaltungskosten aus dem Gesundheitsfonds gerecht vorzunehmen und
- die Krankengeldzuweisungen so anzupassen, dass Ungerechtigkeiten korrigiert werden.

Krankenkassen konnten früher Ausgaben für extrem teure Krankheitsfälle oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes aus einem GKV-weit getragenen Topf finanzieren. Damit wurde verhindert, dass die Krankenkasse eines Patienten, der sehr teure Therapien oder Arzneien benötigt, wegen dieses Hochkostenfalles wirtschaftlich in Schieflage geriet. Mit der Einführung des Morbi-RSA erhalten die Kassen jetzt Pauschalen, die u.a. nach Alter und Geschlecht ihrer Mitglieder mit Zu- und Abschlägen versehen werden. Für Versicherte, die bestimmten Morbiditätsgruppen zugeordnet werden können, erhalten die Kassen weitere Zuschläge. Allerdings decken diese morbiditätsadjustierten Zuweisungen nicht die Ausgaben für extrem teure Krankheitsfälle. Besonders für kleine und mittlere Krankenkassen stellen Hochkostenfälle ein großes Problem dar.

Dieses Problem kann abgemildert werden, indem der Morbi-RSA um einen Risikopool erweitert wird. Ausgaben über einem Schwellenwert von zum Beispiel 20.000 Euro für einen Patienten würden den Krankenkassen als Vollkostenausgleich erstattet. Damit würde das Geld der Beitragszahler dorthin fließen, wo es benötigt wird – unabhängig davon, ob eine Erkrankung zum Spektrum gehört, für das es erhöhte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gibt.

Personal- und Sachkosten haben die Krankenkassen früher aus den einkommensabhängigen Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert. Heute erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, um ihre Verwaltungskosten bezahlen zu können. Als nicht sachgerecht hat sich jedoch die Formel erwiesen, nach der diese Zuweisungen berechnet werden. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich daher für ein Zuweisungssystem aus, das die sachlich erforderlichen Verwaltungsausgaben in den Vordergrund stellt. Ziel ist, die Bemessung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gerechter und bedarfsorientierter zu gestalten, damit Fondsmittel für Verwaltungsausgaben sinnvoll eingesetzt werden.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds hat sich auch die Situation beim Krankengeld erheblich verändert. Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankengeld, das sich an deren persönlichem Erwerbseinkommen orientiert. Im Morbi-RSA werden aber nur Durchschnittsverdienste ausgeglichen. Das wird für Krankenkassen dann zum großen Problem, wenn die Löhne und Gehälter ihrer Mitglieder deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Denn die Krankenkasse muss das Krankengeld am (hohen) Arbeitsentgelt des Versicherten bemessen, bekommt aber aus dem Gesundheitsfonds einen (niedrigeren) Durchschnittsbetrag zugewiesen.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, die Zuweisung für das Krankengeld an der kassenindividuellen Höhe des Krankengeldes auszurichten. Dies führt GKV-weit zu keinen Mehrbelastungen, beseitigt aber die Ungerechtigkeit, die das jetzige Verfahren auslöst.

## BKK Darmkrebsstudie motiviert Versicherte zur Vorsorgeuntersuchung

**D**ie Betriebskrankenkassen haben mit Hilfe einer Studie ihre Versicherten motiviert, verstärkt zur Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Das ist das Ergebnis eines einjährigen Forschungsprojektes, bei dem die Betriebskrankenkassen alle BKK-Versicherten in Essen im Alter von 30 bis 54 Jahren angeschrieben hatten (knapp 12.200 BKK-Versicherte).

Die Studie hatte das Ziel, nachzuweisen, inwieweit Personen mit familiären und erblichen Darmkrebsrisiko durch einen vereinfachten Fragebogen identifiziert werden können. Darüber hinaus wurde untersucht, wie seitens der Teilnehmer und Ärzte mit der Information umgegangen wird.

373 Personen, die ein familiäres Darmkrebsrisiko aufwiesen, erhielten nach drei Monaten einen zweiten Fragebogen. 66 % davon (248) gaben an, bzgl. des erhöhten Risikos in ihrer Vermutung bestätigt worden zu sein. Es zeigte sich dabei ein Zusammenhang hinsichtlich der Informiertheit über Darmkrebs und der Frage, ob der Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs überrascht hat.

Teilnehmer, die hierdurch überrascht wurden, reagierten eher besorgt oder erschrocken. 100 der Teilnehmer mit erhöhtem Risiko (41 %) haben anlässlich des Fragebogens und der Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs einen Haus- oder Facharzt kontaktiert.

Teilnehmer aus der Gruppe, die bis dato nicht über ein erhöhtes Risiko informiert waren, kontaktierten seltener einen Arzt, als solche, die es bereits wussten. Von den 100 Teilnehmern, die einen Haus- oder

Facharzt aufgesucht haben, erhielten 90 den Rat, eine Darmspiegelung oder einen Stuhltest machen zu lassen. 75 dieser Teilnehmer sind dem Rat des Arztes zwischenzeitlich gefolgt.

Joachim Wolf, Vorstandsvorsitzender der E.ON BKK, der sich zusammen mit seiner Krankenkasse bei der Krebsvorsorge besonders engagiert, betonte bei der Vorstellung der Studie, die Essener Ergebnisse wiesen auf die Notwendigkeit einer strukturierten, auf Personen mit erhöhtem Risiko ausgerichteten, gesetzlichen Früh-

erkennung hin. Wolf weiter: „Wir wollen als BKK erreichen, dass diese Risikopersonen auch schon vor dem 50. Lebensjahr einen gesetzlichen Anspruch auf Früherkennungsmaßnahmen bekommen“.

Darmkrebs ist die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern und Frauen. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland wird auf 70.000 geschätzt; rd. 28.000 Menschen sterben jährlich daran. Verwandte ersten Grades von Patienten mit Darmkrebs sind selbst überdurchschnittlich häufig betroffen.



**Bluttest – erster Schritt der Darmkrebs-Früherkennung**

## Pflege in Deutschland: Zahlen und Fakten

Im Jahr 2010 sind die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung deutlich gestiegen. Betragen sie im Jahr 2009 noch 19,3 Milliarden Euro, stiegen sie 2010 auf 20,44 Mrd. Euro an.

Seit 2000 sind die gesamten Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich um rund 4,5 Mrd. Euro angestiegen. Diese Entwicklung hängt eng mit der demographischen Entwicklung

zusammen. Dadurch wächst der Anteil der Älteren an der Bevölkerung und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen.

Von den insgesamt 2,34 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2009 wurden 69 % zu Hause versorgt, d. h. an der Pflege waren Angehörige beteiligt (siehe Abb. 1). 1,07 Mio. Menschen wurden davon allein durch Angehörige versorgt. 555.000 Pflegebedürftige wurden mindestens teilweise von ambulanten Pflegediensten betreut. 2009 waren 12.000 ambulante Pflegedienste mit 269.000 Beschäftigten im Dienste der häuslichen Pflege tätig. 31 % der Pflegebedürftigen wurden in Heimen vollstationär versorgt. Das entspricht einer Anzahl von 717.000 Pflegebedürftigen, die in 11.600 Pflegeheimen betreut wurden.

Die Anzahl der Pflegeheime variiert stark von Bundesland zu Bundesland. Die meisten Pflegeheime waren 2009 in Schleswig-Holstein lokalisiert (siehe Abb. 2). Pro 100.000 Einwohner waren hier gut 23 Pflegeheime vorhanden. Niedersachsen und Sachsen-Anhalt lagen ebenfalls deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Während Hamburg mit durchschnittlich gut zehn Pflegeheimen im Bundesländervergleich an letzter Stelle stand, kamen in Berlin knapp elf Pflegeheime auf 100.000 Einwohner. Im Bundesdurchschnitt lag die Dichte der verfügbaren Pflegeheimplätze im Jahr 2009 bei 1.033 pro 100.000 Einwohner. Schleswig-Holstein war mit gut 1.400 Plätzen darüber, Berlin und Nordrhein-Westfalen mit 978 bzw. 981 Heimplätzen pro 100.000 Einwohner deutlich darunter angesiedelt.

Im Jahr 2009 waren rund 55 % der Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter (siehe Abb. 3). Insgesamt empfangen 2,34 Mio. Menschen Leistungen durch die Pflegeversicherung. Pflegebedürftigkeit ist nicht nur auf das Alter beschränkt: 2009 waren

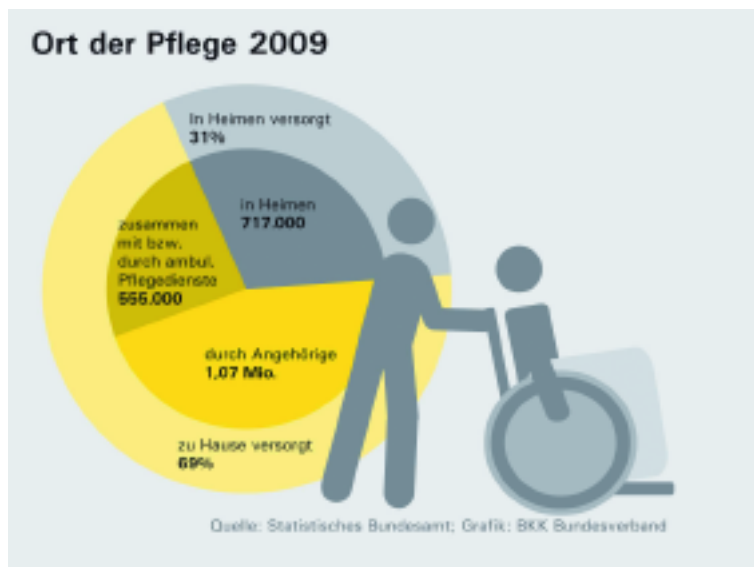


Abb. 1



Abb. 2

knapp 11 % der Leistungsempfänger 15 – 59 Jahre alt. Der Grund für die Pflegebedürftigkeit war in dieser Altersgruppe häufiger auf Behinderungen oder Krankheiten zurückzuführen. Die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf ist im Vergleich zum Jahr 2007 um 4,1 % gestiegen.

Die vollstationäre Pflege machte im Jahr 2010 mit 9,56 Mrd. Euro den größten Anteil der sozialen Pflegeversicherung aus. (siehe Abb. 4). Es folgten die Geldleistungen mit 4,67 Mrd. Euro, z. B. für die Pflege durch Angehörige. Pflegesachleistungen, z. B. durch ambulante Pflegedienste, wurden im Wert von 2,91 Mrd. Euro durch die Versicherungsgemeinschaft erbracht. Den kleinsten Ausgabenanteil machte im Jahr 2010 die Pflegeberatung mit 7 Mio. Euro aus .

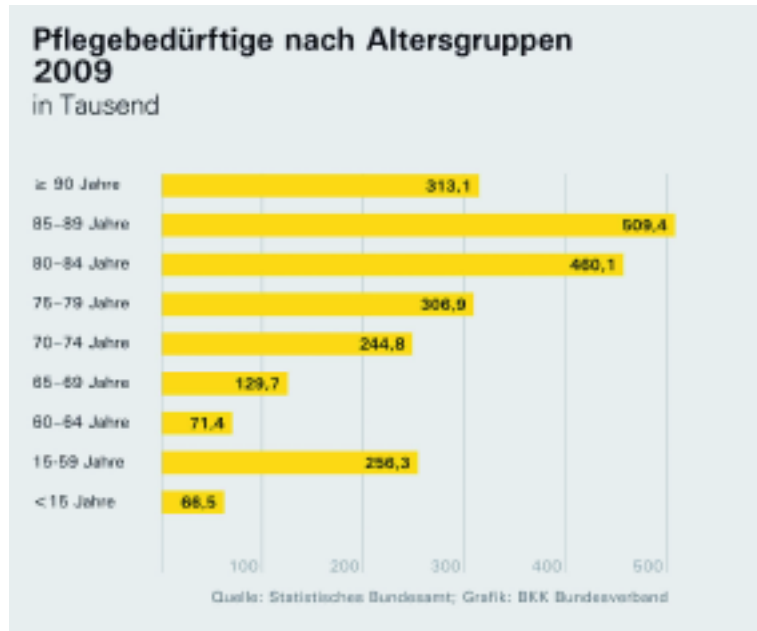


Abb. 3

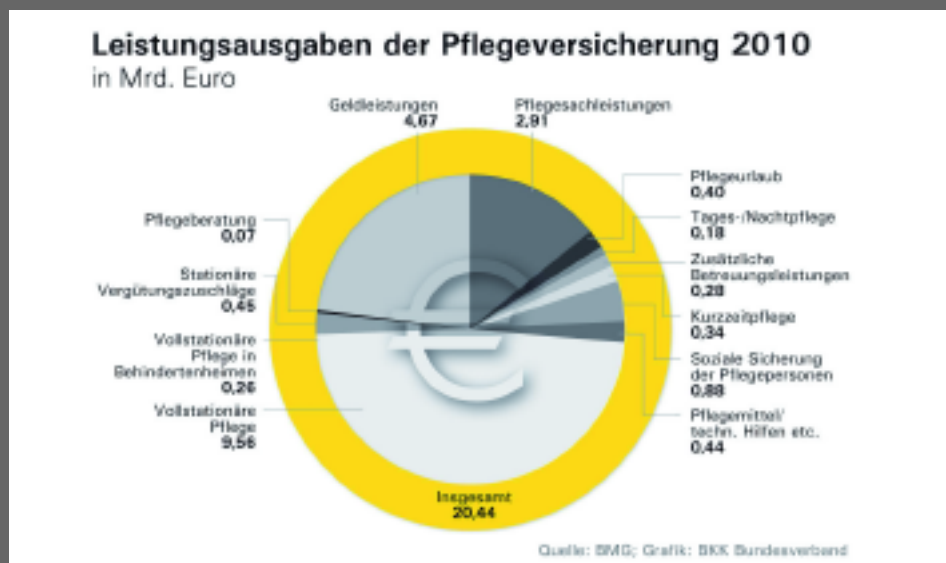


Abb. 4

## BKK-Hausarztvertrag im Norden

**D**ie hausarztzentrierte Versorgung könnte man als unendliche Geschichte bezeichnen. Mit der Einführung des Hausarztmodells war vorgesehen, die Position des Hausarztes im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Er soll als Lotse agieren und erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten sein. Den hausärztlich Tätigen soll es möglich sein, die Patientenversorgung mit Arzneimitteln zu überwachen und die Inanspruchnahme der Fachärzte und anderer Leistungserbringer sinnvoll zu lenken.

ließ. Gesetzgeberisch wurden die neuen Erfahrungen in diesem Jahr leider nur halbherzig mit geänderten Rahmenbedingungen umgesetzt, da nun „Parallelwelten“ alter und neuer Verträge (die sich refinanzieren müssen) zulässig sind.

Dennoch ist es jetzt den Betriebskrankenkassen, dem Hausärzteverband Schleswig-Holstein und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gelungen, einen Hausarztvertrag abzuschließen, den die Patientinnen und Patienten seit dem 1. Oktober beanspruchen kön-

erfüllen, wonach die vereinbarten Zusatzvergütungen durch Einsparungen im Arzneimittelbereich, bei Heilmittelverordnungen und Blutzuckermessstreifen refinanziert werden müssen. Gleichzeitig ist er der erste Vertrag, der mit Leistungen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V verknüpft ist. Hierbei können die Kassen z.B. bei gehäuftem Arzneimittelverordnungen verschiedener Ärzte mit möglichen Wechselwirkungen oder auffälligen Heilmittelverordnungen die Hausärzte mit der Durchführung eines „Patientenchecks“ beauftragen. Die Abrechnung erfolgt über die KVSH. „Wir wollen den Hausärzten kalkulatorische Sicherheit verschaffen und legen einen weiteren Grundstein für den Erhalt der wohnortnahen flächendeckenden Versorgung“, so Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KVSH bei der Vorstellung des Vertrages.

Durch qualitative Verbesserungen sollen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden, zum Beispiel durch Einsparungen im Arznei- und Heilmittelbereich, bei Krankenhausüberweisungen und durch die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen.

Der Hausarzt führt den Patienten durch verschiedenen Behandlungsschritte und steuert ihn durch bedarfsgerechte Versorgungsangebote. So gibt es einen „Präventionscheck“, Ziel ist es, die Gesundheit zu fördern und Krankheiten und ihre Folgen zu vermeiden.

Teilnehmende Versicherte profitieren auch bei Terminvergabe und Wartezeiten. Bei vorab vereinbarten Terminen soll die Wartezeit grundsätzlich nicht länger als 30 Minuten betragen. Außerdem können Ärzte neben der regulären Sprechstunde - wenn nötig - zusätzliche Sprechstunden für Berufstätige anbieten.



Kompliziert wurde die Geschichte im Laufe der letzten Jahre allerdings dadurch, dass die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet wurden, mit den Hausärzteverbänden bis zum Juni 2009 Verträge zu schließen. Die Folge waren mehr als 1500 Schiedsverfahren bundesweit, da sich die Vertragsparteien oftmals nicht einigen konnten. Später setzte sich bei der Bundesregierung die Erkenntnis durch, dass durch einseitig diktierter Pflichtverträge die Ärzte-Vergütung stärker in den Fokus der Verträge geriet, als die Versorgung der Patienten. Gleichzeitig zeigten Datenschutzprobleme, dass sich die neue Vertragswelt nicht ohne weiteres etablieren

nen. Dieser Vertrag ermöglicht eine umfassende Patientenversorgung durch qualifizierte Hausärzte. Ärzte können ihre Patienten in den Vertrag einschreiben, die Teilnahme ist für beide Seiten freiwillig. Versicherte müssen sich aber mindestens für ein Jahr festlegen.

Der Hausarztvertrag ist ein „Add-on-Vertrag“. Das heißt, zusätzlich zu der Honorierung im Kollektivvertragssystem bekommen die Ärzte Geld für Leistungen, die speziell im Vertrag vereinbart wurden. Dies ist der erste Hausarzt-Vertrag, dem das Bundesversicherungsamt bescheinigt, die Anforderungen des neuen Rechts zu

## Klinikum Bielefeld als „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet

**A**m 23. September wurde dem Klinikum Bielefeld durch das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen bundesweit als erstem Krankenhaus die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ verliehen. Damit weist ein Krankenhaus nach, dass es sein ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert, den Kontakt zwischen Patienten und Selbsthilfegruppen befördert sowie kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt.

Selbsthilfe-Aktivitäten insbesondere von chronisch kranken Menschen sind mittlerweile als wichtige Säule in der gesundheitlichen Versorgung anerkannt. Patienten und deren Angehörige erfahren in einer Selbsthilfegruppe lebenspraktische Hilfe und sie werden bei der psychosozialen Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützt.

Das Klinikum Bielefeld hat in einem zweijährigen Prozess mit Selbsthilfegruppen-Vertretern erreicht, dass die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit konsequent umgesetzt werden.

Bereits in den Jahren 2004 bis 2006 sind in einem Hamburger Modellprojekt die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit mit der örtlichen Selbsthilfe entwickelt und an zwei Hamburger Kliniken



Hilfe zur Selbsthilfe – auch im Krankenhaus

erprobt worden. In drei weiteren Bundesländern, Niedersachsen, Berlin-Brandenburg und Baden-Württemberg, unterhält das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit mit Sitz in Berlin jeweils eine Agentur Selbsthilfefreundlichkeit, mit deren Hilfe Einrichtungen der Gesundheitsversorgung stabile Kooperationsbeziehungen mit der Selbsthilfe aufbauen und erfolgreich aufrecht erhalten können.

Das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen wurde gegründet von der GSP-Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH, (Projektgesellschaft des Paritätischen NRW), dem BKK Bundesverband, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfe (NAKOS) und dem Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Weitere Infos unter: [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)



## BKK zu Gast bei der CDU-Mittelstandsvereinigung

MIT-dabei auf der NRW-Landesdelegiertenversammlung der MIT (Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU) im September in Recklinghausen war

auch der BKK-Landesverband NORDWEST. Bundes- wie Landespolitiker besuchten den BKK-Stand und fanden sich hier zu dem ein oder anderen längeren

Gespräch ein. So z. B. Hartmut Schauerte (MdB), Landesvorsitzender der MIT NRW und ehemals Parlamentarischer Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium sowie die Bundestagsabgeordnete Marie-Luise Dött, umweltpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Philipp Mißfelder, JU-Bundesvorsitzender und Mitglied des CDU-Präsidiums.



Diskutierten lebhaft: Reinhard Brücker, (BKK vor Ort), Dr. Hans Joachim Lauber (MIT CDU) und Jens Spahn (MdB/CDU), von links

Auf der Talkbühne, direkt neben dem BKK-Informationsstand fand im Foyer des Festspielhauses Recklinghausen die Talkrunde zum Thema „Die Gesundheitsbranche zwischen Markt- und Planwirtschaft“ statt. Hier diskutierten Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und der Vorstandsvorsitzende der BKK vor Ort, Reinhard Brücker über aktuelle Themen wie die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten, Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, Zusatzbeiträge und die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems.



CDU-Parlamentarier Marie-Luise Dött und Hartmut Schauerte beim BKK-Stand

## „In-Gang-Setzer“ – Selbsthilfe-Fachtagung beim BKK-Landesverband NORDWEST



**A**ller Anfang ist schwer. Das gilt auch für Selbsthilfegruppen. Wie kann der Weg zur Selbsthilfe im Gesundheits- und Sozialbereich erleichtert werden? Welchen Beitrag können hier „In-Gang-Setzer“ leisten? Knapp 100 Akteure der Selbsthilfe und professionelle Selbsthilfeunterstützer diskutierten dies bei der Tagung „In-Gang-Setzer – Selbsthilfe auf den Weg bringen“ in Essen.

In-Gang-Setzung umschreibt eine neue Methode der Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch Ehrenamtliche und ist markenrechtlich geschützt. Das bundesweite Projekt begann 2007 und wurde inzwischen aufgrund des positiven Verlaufes bis Ende 2012 verlängert. Es wird durchgeführt vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband NRW.

Die Projektfinanzierung haben der BKK-Bundesverband und der BKK-Landesverband NORDWEST übernommen.

Bundesweit ist zwar ein wachsendes Interesse an Selbsthilfegruppen festzustellen, doch nur wenige der von einem Problem Betroffenen engagieren sich auch in Selbsthilfegruppen. Das Potential bleibt also unausgeschöpft. Den an Selbsthilfe interessierten Personen fehlen oft die Voraussetzungen und Erfahrungen, eine neue Gruppe auf den Weg zu bringen. Es geht bei „In-Gang-setzen“ darum, die Wege zur Selbsthilfe zu ebnen und Zugangsbarrieren abzubauen. Insbesondere bei Gruppen zu psychischen Problemen und Gruppen von pflegenden Angehörigen zeigt sich eine große Nachfrage nach Unterstützung durch die „In-

Gang-Setzer“. Dies sind ehrenamtliche Mitarbeiter der Selbsthilfe-Kontaktstellen. Ihre Unterstützung wird Interessenten für neue Selbsthilfegruppen von den Kontaktstellen angeboten.

Sehr anschaulich stellten die anwesenden Mitarbeiter der Selbsthilfe-Kontaktstellen dar, wie die ehrenamtlichen KollegInnen mit der In-Gang-Setzung das Angebot ergänzen und neue Möglichkeiten bieten. Eine ausführliche Beschreibung des Projektes und insbesondere der Schulung der „In-Gang-Setzer“ finden sich im aktuellen Handbuch, das auf der Tagung vorgelegt wurde. Es enthält viele Arbeitshilfen, die für Selbsthilfegruppen hilfreich sind. Als Download ist das Handbuch auf [www.in-gang-setzer.de](http://www.in-gang-setzer.de) erhältlich.

## BKK fördert Benefiz-Eissport-Event

Unter dem Motto „HAVE A(N)ICE DAY“ fand am 18. September 2011 in der Eishalle Hamburg-Farmsen ein Benefiz-Eissport-Event zu Gunsten der Fördergemeinschaft Kinderkrebs-Zentrum Hamburg e.V. / Deutsche Kinderkrebsstiftung statt. Auf dem Programm standen sportliche Darbietungen, Schaulaufnummern und Freundschaftsspiele.

Mit von der Partie waren unter anderem die amtierenden Vizeweltmeister im „Short-track“, Torsten Kröger, Robert Becker, Robert Seifert und Paul Herrman; Stefan Lindemann (WM-Dritter von 2004 im Herren-Eiskunstlauf) und Carolina und

Daniel Hermann, die deutschen Eistanzmeister von 2008/2009 sowie die Jugendmannschaften der Hamburg Freezers und

der Crocodiles. Nach dem Show-Teil konnte dann für das Publikum selber die Schlittschuhe anschnallen und in die Eislaufsaison 2011/2012 starten. Eine Tombola und ein Grillfest vor der Eishalle rundeten die Veranstaltung ab.



Eishockey-Mannschaften engagiert auf dem Eis

Organisiert wurde das Eis-Event vom Hamburger Verein für Gesundheitsprojekte e.V., der im Frühjahr 2011 gegründet wurde. Ziel des Vereins ist es, der Freude am Eissport und den gesundheitsfördernden und sozialen Aspekten der zugehörigen Sportarten Ausdruck zu verleihen: Der BKK-Landesverband NORDWEST unterstützte als Sponsor die Veranstaltung. Die Höhe des erzielten Spendenbetrages zugunsten des Kinderkrebs-Zentrums Hamburg stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

**Impressum:** BKK – Landesverband NORDWEST,  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Telefon 0201/179-02, Telefax: 0201/179-1666  
Süderstraße 24, 20097 Hamburg, Telefon: 040/25 15 05-0, Telefax: 040/25 15 05-836  
E-Mail: [info@bkk-nordwest.de](mailto:info@bkk-nordwest.de), Internet: [www.bkk-nordwest.de](http://www.bkk-nordwest.de)  
Verantwortlich: Jörg Hoffmann; Redaktion: Thomas Fritsch, Karin Hendrysiak

