

Presseinformation

Fusion BARMER GEK und Deutsche BKK

Leipzig/Dresden, 04./05. Januar 2017 - Neues Jahr, neuer Name, stabiler Beitragssatz: Zum 1. Januar 2017 fusionierten BARMER GEK und Deutsche BKK zu einer gemeinsamen Krankenkasse unter dem Namen BARMER. Wichtig für die Versicherten: Die Gesundheitskarten bleiben weiterhin gültig und werden erst nach und nach ausgetauscht. In Sachsen kommen durch die Fusion rund 35.000 Versicherte der Deutschen BKK dazu. Bei der BARMER sind mehr als 390.000 Sachsen versichert. Es ist der Beginn einer letzten großen Fusionswelle in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vor über 20 Jahren gab es zehnmal mehr Krankenkassen als heute. Verblieben sind aktuell rund 120 Kassen. Der Preisdruck steigt, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Vorteile von großen Unternehmen werden spürbar, wenn Unternehmen im Wettbewerb nicht nur bestehen, sondern auch erfolgreich sein wollen. Um die Marktposition von Krankenkassen im Gesundheitsmarkt zu verbessern sind Zusammenschlüsse kaum zu umgehen.

Warum ist Größe entscheidend?

Größe ist ein wichtiges Kriterium für eine gute Marktposition. Was in der freien Wirtschaft gilt, gilt auch für die Gesetzliche Krankenversicherung: Je größer eine Kasse, desto besser ihre Verhandlungsposition gegenüber den zahlreichen Partnern im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft. Damit wächst auch der politische Einfluss. Ein Beispiel: Die Größe einer starken Solidargemeinschaft beispielsweise der BARMER mit weit über neun Millionen Versicherten ist für Vertragspartner sehr interessant. Arzneimittelhersteller profitieren von hohen Absatzmargen, Versicherte von verhältnismäßig preiswerten und hochwertigen Arzneimitteln und die Kasse profitiert von Einsparungen. Die Größe einer Krankenkasse ist also wichtig, um die Wettbewerbsfähigkeit langfristig zu sichern. Darüber hinaus ist Größe auch Voraussetzung für die Aufrechterhaltung eines flächendeckenden Geschäftsstellennetzes.

Welche Chancen sind mit einer Fusion verbunden?

Der Zusammenschluss von BARMER GEK und Deutscher BKK bietet neben der Größe weitere Vorteile. So ist die BARMER in der Firmenkundenbetreuung nun noch optimaler aufgestellt. Ein wichtiges Ziel wird es sein, die Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement weiterzuentwickeln. Dadurch wird die neue BARMER ihre Attraktivität für

Landesgeschäftsstelle

Sachsen

Zellescher Weg 21
01217-Dresden

www.barmer.de/presse-sachsen
www.twitter.com/BARMER_SN
presse.sachsen@barmer.de

Claudia Szymula
Tel.: 0800 33 30 04 15-2231
claudia.szymula@barmer.de

Kunden und Partnerfirmen weiter stärken.

Die neue BARMER

Die neue BARMER startet bundesweit mit rund 9,4 Millionen Versicherten, in Sachsen mit rund 390.000 Versicherten. Der Beitragssatz der neuen Krankenkasse liegt bei 15,7 Prozent und damit stabil auf dem Niveau ihrer Vorgängerkassen. Damit bleibt auch der zusätzliche Beitragssatz mit 1,1 Prozent im nächsten Jahr stabil. Im Verwaltungsrat der Kasse gibt es 27 Arbeitnehmer- und drei Arbeitgebervertreter. Der Unternehmenssitz ist Berlin. Zu den weiteren zentralen Standorten zählen Wuppertal, Wolfsburg, Düsseldorf, Stuttgart und Schwäbisch Gmünd.

Wird sich die Zusammensetzung des Vorstands ändern?

Der Vorstand der BARMER GEK ist auch Vorstand der neuen BARMER. Die genauen Funktionen und Ressortzuständigkeiten der Vorstandsmitglieder werden vom neuen Verwaltungsrat festgelegt. Der bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende und das bisherige Vorstandsmitglied der Deutschen BKK nehmen im neuen Unternehmen wichtige Positionen als Bereichsleiter und Bereichskoordinator ein.

Bundesweit einheitliche Servicestandards

Die bundesweit einheitlichen Servicestandards der BARMER setzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung Maßstäbe. Die Kasse bietet ihren Kunden mit mehr als 400 Betreuungsgeschäftsstellen bundesweit eines der größten Geschäftsstellennetze. Allein in Sachsen gibt es 22 Geschäftsstellen für die individuelle Kundenberatung. Die bisherigen „Werksfilialen“ der Deutschen BKK, in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den Werksstandorten der Partnerunternehmen MAN, Audi, VW, Henkel, Bayer und FAG Kugelfischer Schaeffler bleiben bundesweit erhalten. Sie werden in ihrem Servicestandard weiter ausgebaut. Damit wird die optimale und kundenorientierte Betreuung der Versicherten vor Ort sichergestellt. In Sachsen wird die „Werksfiliale“ Zwickau-Mosel als Zweigstelle der BARMER Geschäftsstelle in Zwickau bestehen bleiben. Die Beschäftigten des VW Werkes profitieren damit von den noch umfangreicheren bundesweiten Servicestandards der Kasse, wie einheitliche und lange Öffnungszeiten und schnelle telefonische Erreichbarkeit, garantiert durch Telefongeschäftsstellen. Außerdem können Versicherte in einer Online-Geschäftsstelle viele ihrer Anliegen problemlos und zeitunabhängig selbst erledigen. Alle neuen Versicherten haben bereits im Dezember 2016 einen Willkommensbrief erhalten.

Versorgung patientenorientiert gestalten – Handlungsfelder für eine sektorenübergreifende Versorgung

Trotz der zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen fehlt es nach wie vor an überzeugenden Konzepten, wie Krankenhäuser und Ärzte in Städten und Gemeinden patientenorientiert und aufeinander abgestimmt ihre Zusammenarbeit verbessern können. Die sektorübergreifende Ausrichtung der medizinischen Versorgung muss deshalb in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der nächsten Jahre einen wichtigen Schwerpunkt bilden. Dazu bedarf es eines Gesamtkonzeptes. Mit einer übergreifenden Versorgungsplanung, der Angleichung von Vergütungsregelungen im ambulanten und stationären Bereich sowie die Kooperation der Leistungserbringer in regionalen Versorgungsverbänden, könnten wichtige strukturelle Veränderungen in Angriff genommen werden. Ziel muss es sein, die Versorgung für die Patienten entscheidend zu verbessern. Oftmals bestimmt nicht der medizinische Bedarf die Art der ärztlichen Versorgung von Patienten, sondern die den Sektoren zugrunde liegenden Regelungen zur Vergütung und Leistungserbringung. So bilden sich Doppelstrukturen, weil Leistungen parallel und unwirtschaftlich angeboten werden. Das Nebeneinander von ambulanter und stationärer Versorgungsplanung führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausschlaggebend sollte jedoch der tatsächliche Bedarf an Leistungen sein. Kapazitäten müssen dem Bedarf folgen. Die für die Erbringung der medizinischen Behandlung notwendigen Prozesse werden durch unzureichende Kommunikation und Kooperation an den Sektorengrenzen beeinträchtigt. Dies hat gravierende Folgen für die Behandlungskontinuität.

Forderung der BARMER

Die Versorgung muss stärker sektorübergreifend ausgerichtet werden. Aktuell behindern die Schnittstellen an den Sektoren des Gesundheitswesens eine bedarfsgerechte und kontinuierliche medizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten. Hierzu bedarf es verschiedener aufeinander abgestimmter Maßnahmen.

1. Sektorübergreifende Versorgungsplanung

Die Zuständigkeiten bei der Versorgungsplanung sind bislang streng nach Sektoren getrennt und nicht aufeinander abgestimmt. Für den ambulanten Bereich erstellt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Bedarfsplanungs-Richtlinie; die Krankenhausplanung liegt in der Verantwortung des jeweiligen Bundeslandes. Es ist eine sektorübergreifende Versorgungsplanung für den Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich

ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung notwendig, um hier die Zusammenarbeit zu verbessern, auch in Sachsen.

2. Gleiches Geld für gleiche Leistung

Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) im Rahmen der Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Krankenhaus erfolgt die Finanzierung über krankenhausesindividuelle Budgets mit Behandlungsfallpauschalen und Zusatzentgelten für besondere Leistungen (DRG-System). Einige Leistungen können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Jedoch werden sie in unterschiedlicher Höhe vergütet. Diese Vergütungssystematik setzt also Fehlanreize. Die Leistung wird tendenziell eher dort erbracht, wo die höhere Vergütung gezahlt wird, folglich oft im Krankenhaus. Um diese Fehlanreize zu verhindern, sollte die Vergütung an genau an diesen Schnittstellen, der fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung, harmonisiert werden. Für gleiche Leistungen sollte unabhängig vom Erbringungsort die gleiche Bezahlung erfolgen.

3. Verbesserung der Kooperation durch Bildung von Regionalen Versorgungsverbänden

Die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen der genannten Versorgungsansätze. Vielfach sind bisher die Leistungserbringer nicht ausreichend vernetzt. Nur durch eine enge Kooperation wird eine abgestimmte Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung möglich, auf der Basis verbindlicher Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Ergebnis könnten sich die Leistungserbringer zu Regionalen Versorgungsverbänden zusammenschließen. So kann ein interdisziplinäres, Professionen übergreifendes Arbeiten ermöglicht werden. Je nach Versorgungsbedarf können diese Versorgungsmodelle auch auf strukturschwache, ländliche Regionen übertragen werden. In einzelnen Regionalen Versorgungsverbänden können je nach Bedarf auch mehrere unterschiedliche Fachgebiete zusammengefasst werden.

Hintergrund

Öffnung des stationären Bereichs für ambulante Behandlungen

Eine bettenzentrierte Krankenhausplanung ist schon lange nicht mehr zeit- und bedarfsgerecht. Die ambulante Bedarfsplanung und die Krankenhausplanung werden im Wesentlichen als reine Kapazitätsplanungen auf Basis von Verhältniszahlen durchgeführt. Der Fokus liegt dabei im

ambulanten Bereich auf der Planungseinheit Arztsitz, in der stationären Versorgung auf der Planungseinheit Krankenhausbett. Die sich aus der sektoral getrennten Planung ergebenden Probleme in der Versorgung werden von den gesetzlichen Krankenkassen seit Langem beklagt: Nach wie vor lassen sich Ärzte bevorzugt in städtischen Gebieten nieder und weniger gern in ländlichen Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte und schlechter Infrastruktur. Auch ist die fachärztliche Tätigkeit für viele Ärzte noch immer attraktiver als die hausärztliche. Es gibt Regionen, in denen Ärzte fehlen, und Regionen, in denen es viel zu viele Ärzte gibt. Gerade in Städten bestehen beispielsweise Überkapazitäten, die sich durch eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsbereiche noch einmal erhöhen würden. Eine übergreifende Bedarfsplanung gibt es bisher nicht. So bindet die teure und unnötige Überversorgung finanzielle Mittel der Krankenkassen und auch Ärzte, die für die allgemeine medizinische Versorgung in der Fläche gegebenenfalls nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Für eine spezialisierte und umfängliche Versorgung mit planbaren Leistungen suchen die Patienten aus ländlichen Gebieten immer häufiger größere Versorger in weiterer Entfernung auf. Auch übernehmen Krankenhäuser in ländlichen Gebieten aufgrund des Mangels an niedergelassenen Ärzten und steigenden wirtschaftlichen Problemen immer mehr Aufgaben aus der ambulanten Versorgung, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Fazit: Ambulante und stationäre Versorgung muss zugunsten ambulant gestärkt werden. Mit der Öffnung von Krankenhäuser für ambulante Behandlungen kann gerade in den ländlichen Gebieten die medizinische Versorgung sichergestellt werden. Es muss endlich eine gemeinsame Versorgungsplanung geben, um die Übergänge zwischen beiden Versorgungsarten zu erleichtern. Die Öffnung des stationären Bereichs für ambulante Behandlungen ist eine Möglichkeit die bestehenden Defizite in der Versorgung zu beheben. So sind an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in den vergangenen Jahren bereits eine Vielzahl von neuen ambulanten Versorgungsformen entstanden, beispielsweise die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, das ambulante Operieren sowie die Einrichtung von psychiatrischen und geriatrischen Institutsambulanzen. Das gilt es auszubauen.