

Gesundheitsfonds

BIG-Vorteil bleibt Vorteil

Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten den gleichen Beitragssatz – eine Folge des Gesundheitsfonds. Ob er bei knapp 15 Prozent oder weit drüber liegen wird, legt die Politik im November fest. Sicher ist: Für die meisten Versicherten wird's am Ende teurer. Denn Mehrkosten für Ärzte, Kliniken und die elektronische Gesundheitskarte (eGK) lassen die Ausgaben aller Kassen um rund 8 Milliarden Euro steigen.

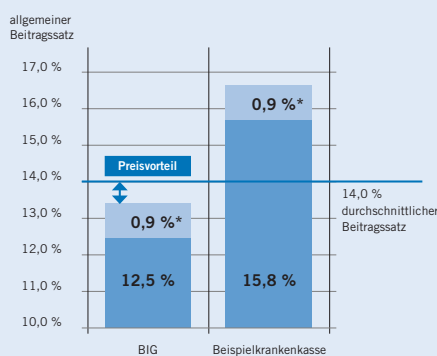
Es entsteht ein neues Verteilssystem der Mitgliedsbeiträge. Die Beiträge der Versicherten fließen dann direkt in den Gesundheitsfonds. Von dort wird das Geld an die Krankenkassen verteilt. Jede Kasse erhält pro Versicherten eine pauschale Zuweisung. Diese wird ergänzt durch Zu- oder Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit der Versicherten. Schon im Juli dieses Jahres hat fast jede zweite Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. 17,5 Millionen Versicherte sind bereits jetzt von deutlichen Mehrzahlungen betroffen. Die BIG wird ihren sehr günstigen Beitragssatz von 12,5 Prozent bis zum Ende des Jahres behalten. Doch Fakt ist: Der vom Gesetzgeber erhobene Einheitsatz führt zu einer deutlichen Verteuerung für alle Versicherten zum 1. Januar 2009.

Wo fließt das Geld hin?

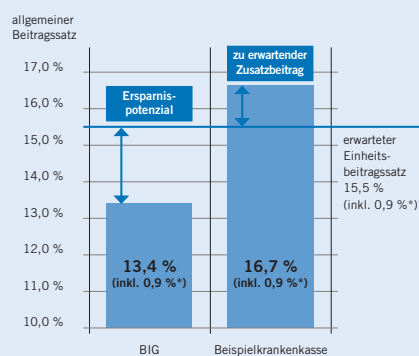
Mit der Reform wurde eine neue Vergütung der Ärzte verabschiedet. 2,5 Milliarden Euro hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den niedergelassenen Ärzten schon zugesagt. Mindestens 1,5 Milliarden Euro müssen zusätzlich für die stationäre Versorgung veranschlagt werden. Der Ausgleich von Krankheitskosten wird zudem den bisherigen Finanzausgleich ausweiten. Hinzu kommen Anschubfinanzierungen für neue Versorgungs- und Leistungsverträge und rund eine Milliarde Mehrkosten für die Finanzierung der eGK.

Ausblick auf den Gesundheitsfonds

Ist-Situation



Situation nach Einführung des Gesundheitsfonds



Welche Vorteile bietet die BIG?

Der Vorstandsvorsitzende Frank Neumann denkt bereits an die Zukunft: „Sobald wir die politischen Rahmenbedingungen genau kennen, werden wir alle Chancen im Sinne unserer Versicherten nutzen.“ Dazu gehört, dass die BIG auch zukünftig für die eigene Verwaltung nicht mehr Geld ausgeben wird als nötig. Auch über die mehrfach ausgezeichneten Wahltarife wie Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung können BIG-Versicherte im nächsten Jahr ihren Beitrag um bis zu 900 Euro senken. Trotz Einheitsbeitragssatz wird es deshalb weiterhin Unterschiede geben. „Ein gut wirtschaftendes Unternehmen wie die BIG wird ihren Versicherten einen Teil der Mehrbelastung zurückgeben können. Doch Kassen, die schon jetzt einen hohen Beitragssatz haben, müssen voraussichtlich Leistungen kürzen oder einen Zusatzbeitrag erheben.“

Kritik bleibt

Die Diskussion über Sinn oder Unsinn des Fonds hält an. Kritiker des Fonds bezweifeln, dass hierdurch mehr Transparenz und ein fairer Wettbewerb gefördert werden. Friedrich Merz, seit 14 Jahren Mitglied des Bundestags, lehnt den Gesundheitsfonds rundheraus ab: „Es ist allgemein bekannt, dass ich von diesem Gesundheitsfonds gar nichts halte. Ich glaube, er schafft mehr Probleme als er löst. Aber diese politische Entscheidung wurde durch Mehrheit im Bundestag und Bundesrat getroffen. Wir werden unsere Erfahrungen damit machen.“ Wie zukunftsfähig der Gesundheitsfonds wirklich ist, werden die nächsten Monate und Jahre zeigen. Fest steht aber schon jetzt: Die BIG bleibt günstig und wird garantiert alles tun, damit BIG-Versicherte von einer Prämienzahlung profitieren können.

Keine Versandkosten und bis zu 15 Euro Bonus pro Medikament

Neues Angebot spart Kosten

Neben der gewohnten Apotheke vor Ort steht den Versicherten der BIG ab sofort auch das Angebot der Europa Apotheek Venlo zur Verfügung. Besonderer Vorteil: Auf jedes zu Lasten der Kasse verschriebene und zuzahlungspflichtige Medikament gewährt die Versandapotheke einen Rabatt von 3 Prozent des Arzneimittelpreises – mindestens 2,50 Euro bis maximal 15 Euro. Damit können die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen reduziert und in manchen Fällen ganz eingespart werden. Auch wer von den Zuzahlungen befreit ist, kann von einer Bestellung profitieren: Der Bonus wird dem persönlichen Bonuskonto jedes Kunden gutgeschrieben und mit der Bestellung freiverkäuflicher Medikamente verrechnet.

Schnelle und kompetente Lieferung

Die Europa Apotheek Venlo liefert die Arzneimittel versandkostenfrei und ohne

Mindestbestellwert an jede Wunschadresse in Deutschland. In der Regel innerhalb von drei Werktagen nach Eingang der Bestellung – Kühlprodukte werden mit einem besonderen Eilservice in Kühltransportern zugestellt.

Mit Sicherheit gut beraten

Versendet werden nur für den deutschen Markt zugelassene Fertigarzneimittel und apothekenübliche Produkte. Als besonderes Plus gibt die Europa Apotheek Venlo ihren Kunden zudem eine Sicherheitsgarantie, die neben der pharmazeutischen Kontrolle der Medikamente durch Apotheker auch die Überprüfung möglicher Wechselwirkungen und die individuelle Kennzeichnung der Packung mit Patientenangaben und Hinweisen zur Einnahme umfasst.

Bestellt wird übers Internet, per Telefon oder per Post. Verordnungen auf Rezept müssen

der Apotheke in jedem Fall aber im Original zugestellt werden. Für Ihre erste Bestellung liegt deshalb unserem Mitgliederbrief heute ein Freiumschlag bei. Selbstverständlich stehen Ihnen aber auch weiterhin alle Apotheken vor Ort uneingeschränkt zur Verfügung.

Mehr Informationen auch auf unserer Internetseite **big-direkt.de** oder bei der Europa Apotheek Venlo, **Tel.: (0180) 22 76 225** (6 ct pro Anruf aus dem deutschen Festnetz).



BIGprevent

Hausarztmodell mit Fokus auf Vorsorge



Bereits seit einigen Jahren gibt es so genannte Hausarztmodelle. Dabei wählt der Versicherte einen festen Hausarzt, an den er sich bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst wendet. Der Hausarzt überweist den Versicherten je nach Bedarf an Fachärzte, koordiniert die Behandlung und bündelt Gesundheitsdaten des Patienten.

Mit BIGprevent – dem Hausarztmodell der BIG – gehen wir neue Wege: Hier steht die Vorsorge im Fokus. Der Hausarzt soll den Versicherten bei Vorsorgeuntersuchungen enger betreuen, ihn an wichtige Termine erinnern und zusätzlich einen jährlichen Präventions- und

Impfstatus erheben. Das hilft Ihnen, in Zukunft keine wichtigen Vorsorgeuntersuchungen mehr zu vergessen.

Die Hausärzte, die an BIGprevent teilnehmen, erfüllen zudem besondere Qualitätskriterien, zum Beispiel eine spezielle Ausbildung zur psychosomatischen Versorgung sowie regelmäßige Fortbildung in Qualitätszirkeln.

Mit BIGprevent möchte die BIG ihre Versicherten unterstützen, sich eigenverantwortlich für ihre Gesundheit zu engagieren, indem sie Angebote zur Früherkennung von Krankheiten wahrnehmen. Denn sie sind ein wichtiger Schritt, um Krankheiten zu vermeiden oder erfolgreich zu behandeln.

Vorteile von BIGprevent auf einen Blick

- Jährlicher Präventions-Check
- Speziell qualifizierte Ärzte
- 40 Euro Prämie nach dem 4. Quartal
- Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung U 10

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.big-direkt.de/prevent.

Früherkennung

Leberfleck-Check ist zuzahlungsfrei

Bis zu 150.000 Deutsche erkranken pro Jahr an Hautkrebs. Eine frühzeitige Diagnose kann in vielen Fällen gute Heilungschancen für die Betroffenen bedeuten. Um eine frühe Erkennung der Krankheit zu gewährleisten, zählt die Vorsorgeuntersuchung, das so genannte Hautkrebs-Screening, seit dem 01. Juli 2008 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Die BIG übernimmt die Kosten für diese Untersuchung bereits seit längerem. Versicherte ab 35 können alle zwei Jahre eine Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung durchführen lassen. Weiterer Vorteil: Die Untersuchung kann auf Wunsch mit der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung „Check-up 35“ kombiniert werden. Ärzte untersuchen den Patienten auf Anzeichen von Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen. Bei Auffälligkeiten sollten Sie selbstverständlich direkt zum Arzt gehen.

Abrechnung über die Versichertenkarte

Durchgeführt wird die Untersuchung vom Haut- oder Hausarzt. Voraussetzung für den Arzt ist eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die an den Besuch einer entsprechenden Fortbildungsveranstaltung gebunden ist. Die Abrechnung erfolgt entweder über die Krankenversichertenkarte oder Sie reichen die Rechnung einfach bei der BIG ein. Die BIG erstattet die Kosten bis 21 Euro (nach GOÄ). Neben der regelmäßigen Untersuchung durch Spezialisten raten Dermatologen dazu, die eigene Haut selbst zu beobachten, und bei Verdacht einen Arzt aufzusuchen. Das größte Risiko besteht nach wie vor in Schädigungen durch erhöhte UV-Strahlung. Besonders gefährdet sind Personen, die ihre Arbeit in direkter Sonneneinstrahlung verrichten. Bei längeren Aufenthalten in der Sonne sollten Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, etwa durch Eincremen mit Sonnenschutzmittel.

Mehr Schutz durch UV-Check

Wie lange der Aufenthalt in der Sonne unbedenklich ist und welcher Lichtschutzfaktor für welchen Hauttyp geeignet ist, kann über den Onlinedienst des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) und des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR) unter www.uv-check.de abgerufen werden.



Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationsmaterial über BIG – Die Direktkrankenkasse inklusive der Wechselunterlagen.

Meine Adresse lautet:

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Coupon ausschneiden, in einen Briefumschlag stecken und ab die Post an:
BIG – Die Direktkrankenkasse, Semerteichstraße 54–56, 44141 Dortmund



Empfehlen Sie die Nummer 1
Freunden und Bekannten weiter!

Bester Beitrag.
Spitze Service.
www.big-versichert.de

BIG
Gesundheit
Die Direktkrankenkasse

Mehr Geld für mehr Leistungen

Nach Schätzungen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl der Menschen ab 60 Jahre bis zum Jahr 2030 auf 28,5 Millionen ansteigen. Dringend notwendig war deshalb hier eine Reform der bisherigen Strukturen, um die Pflegeversicherung besser an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen und die Qualität der Pflege zu verbessern. Um diese Leistungsverbesserungen zu finanzieren, wurde der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent (bei Kinderlosen dann 2,2 Prozent) erhöht.

Das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ – kurz die Pflegereform – bringt konkrete Verbesserungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte mit sich. Die ambulanten Sachleistungen, das Pflegegeld sowie die stationären Leistungen in der Pflegestufe III werden schrittweise bis 2012 angehoben. Danach wird die Höhe der Leistungen alle drei Jahre geprüft und wenn erforderlich weiter angepasst. Erstmals wird es auch einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) geben. Als zentrale wohnortnahe Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen so genannte Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Durch die Alterung der Gesellschaft wird auch die Zahl der altersverwirrten Menschen zunehmen. Eine deutliche Verbesserung gibt es deshalb für Demenzkranke. Um dem besonderen Betreuungsbedarf gerecht zu werden, wurde die „Pflegestufe 0“ eingeführt. Diese gilt für Menschen mit einem Pflegebedarf, auch wenn die Voraussetzungen der Pflegestufe I noch nicht erfüllt sind.

Die wichtigsten Verbesserungen im Überblick

- Die Leistungen werden bis 2012 schrittweise erhöht.
- Der Betreuungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (wie etwa demenziell oder psychisch erkrankte Menschen) steigt von bisher bis zu 460 Euro jährlich auf bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag).
- Ein Rechtsanspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) wird eingeführt.
- Pflege- und Krankenkassen richten Pflegestützpunkte ein, wenn die einzelnen Bundesländer sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden.
- Pflegende Angehörige bekommen Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten, in der sie kein Gehalt erhalten, aber sozialversichert bleiben. Wird ein Angehöriger unerwartet pflegebedürftig, gibt es die Möglichkeit der kurzfristigen Freistellung für bis zu zehn Tage.
- Niedrigschwellige Angebote (zum Beispiel Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen) sowie ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich werden zusätzlich gefördert.
- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden jährlich und grundsätzlich unangemeldet kontrolliert. Die Qualitätsberichte werden in verständlicher Form veröffentlicht.

Ausführliche Informationen zu den neuen Leistungen der Pflegeversicherung finden Sie auch unter www.bmg.de.

■ Neue Beiträge für pflichtversicherte Studenten



Von der Änderung der Beitragssätze der Pflegeversicherung zum 1. Juli sind auch pflichtversicherte Studenten und Praktikanten betroffen. So zahlen kinderlose Studenten und Praktikanten ab dem 23. Lebensjahr jetzt monatlich 10,25 Euro, Eltern zahlen 9,09 Euro. Der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung ändert sich außerdem zu Beginn des Wintersemesters 2008/2009, denn die Anpassung des Beitragssatzes richtet sich nach der Bemessung des Bafög-Satzes. Ab dann werden in der Krankenversicherung monatlich 54,78 Euro fällig. Der Beitrag für die Pflegeversicherung beläuft sich ab dem Wintersemester auf 9,98 Euro und für kinderlose Studenten und Praktikanten auf 11,26 Euro monatlich.

Die neuen Beträge sind in diesem Jahr allerdings nur bis zum 31. Dezember gültig. Mit der Einführung des Einheitsbeitragsatzes zum 1. Januar 2009 müssen auch die Beiträge für Studenten neu berechnet werden.

■ Professor Rürup zum Gesundheitsfonds



Wird es nun mehr oder wird es weniger Wettbewerb geben? Die Meinungen zum Gesundheitsfonds sind geteilt. Wir wollten es genau wissen und sprachen mit Professor Bert Rürup, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Herr Professor Rürup, am 1. Januar 2009 kommt mit der nächsten Stufe der Gesundheitsreform der Gesundheitsfonds. Was bedeutet das für die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen?

„Dieses Gesetz, in dem der Fonds ein Bestandteil ist, trägt den Namen „Wettbewerbsstärkungsgesetz“. Vieles, was in dem Gesetz steht, geht in Ordnung. Alles, was auf der Ausgabenseite gemacht worden ist, geht in die richtige Richtung. Die größere Vertragsfreiheit geht in die richtige Richtung. Nur das Finanzierungsproblem, welches mit dem Fonds gelöst werden sollte, ist definitiv nicht gelöst. Wenn der Fonds so in Kraft tritt, wie er gegenwärtig beschlossen ist, wird er keinen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen erlauben.“

Was bedeutet das für die Krankenkassen?

„Wenn es den einheitlichen Beitragssatz gibt und sich die Zusatzbeiträge in sehr engen Grenzen halten, dann wird die einzige Möglichkeit günstiger Kassen sein, ihre Qualität in den Vordergrund zu stellen. Im Übrigen sollten wir nicht auf die Zahl der Krankenkassen schauen. Es gab früher mal weit über 1.000. Jetzt haben wir über 200. Was die richtige Zahl an Kassen ist, das weiß niemand. Das muss sich im fairen Wettbewerb herausbilden. Aber der Wettbewerb muss mit gleich langen Spießen geschehen. Und gegenwärtig haben wir keinen Wettbewerb mit gleich langen Spießen, wenn am Fonds nicht einiges geändert wird.“

Was halten Sie von der neu aufgekommenen Diskussion, das deutsche – und weltweit einzigartige – Zwei-Säulen-Modell* langfristig zu verändern und aufzuheben?

„Also, die gegenwärtige Doppelstruktur, d. h. die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes kann man versicherungswirtschaftlich nicht begründen. Das ist in der Tat weltweit ein Unikat. Und wenn man die Möglichkeit hat, ab einer bestimmten Einkommenshöhe sich entweder in einer privaten kapitalgedeckten Versicherung abzusichern oder Mitglied in einer solidarischen umlagefinanzierten Versicherung zu sein, dann führt das immer zu einer Entmischung der Risiken. Wir sollten versuchen, zu einem einheitlichen Markt zu kommen, wo Krankenversicherer, seien es private oder gesetzliche, in einem fairen Wettbewerb mit gleich langen Spießen gegeneinander antreten. Das würde ich mir wünschen. Die gegenwärtige Struktur ist meines Erachtens nicht zukunftsfähig.“

* gesetzliche und private Krankenversicherung

■ Vorstandsgehalt

Durch den jüngst vorgestellten Tätigkeitsbericht der Kassenaufsicht wurden die Vorstandsgehälter der gesetzlichen Krankenkassen diskutiert. Sie sind ein Beleg für den wirtschaftlichen Umgang mit Beitragsgeldern. Denn die Gehälter der Kassenvorstände sind Teil der Verwaltungskosten, die bei der BIG seit jeher weit unter dem Durchschnitt liegen. Die jährliche Vergütung der einzelnen Vorstandsmitglieder betrug 2007 bei

der BIG: für den Vorstandsvorsitzenden 99.996 Euro, mit einem variablen Bestandteil von maximal 27.500 Euro und 85.000 Euro plus maximal 20.000 Euro als variabler Bestandteil für den stellvertretenden Vorstand. Zusätzliche Leistungen sowie Versorgungsregelungen werden bei der BIG nicht gezahlt. Die BIG hat ein Haushaltsvolumen von einer Milliarde Euro, 380.000 Versicherte und 460 Mitarbeiter.

Impressum

Herausgeber: BIG – Die
Direktkrankenkasse
Postfach 10 06 42
44006 Dortmund
Telefon: (02 31) 55 57-0
Telefax: (02 31) 55 57-199
V.i.S.d.P.: Frank Neumann
Redaktion: Sabine Pezely
Fotos: Shutterstock

eGK – Bilder vorerst nur online

Foto-Upload ab sofort möglich

Anfang 2009 soll sie für 80 Millionen Deutsche kommen – die elektronische Gesundheitskarte, kurz eGK. Der sichtbare Unterschied: auf jeder Karte ist ein Foto des Versicherten, um Missbrauch ausschließen zu können. Bei der BIG können Sie schon jetzt Ihr Foto einreichen. Aber zunächst nur online. Zu diesem Zweck haben wir ein Tool auf unserer Homepage eingerichtet, mit dem die Lichtbilder einfach und sicher hochgeladen werden können. Unter der Adresse www.big-direkt.de/egk steht das Tool ab sofort allen Versicherten



zur Verfügung. Das Hochladen der Bilder erfolgt über eine verschlüsselte Verbindung – der Schutz der Versichertendaten ist zu jedem Zeitpunkt gewährleistet. Wer sein Bild hochgeladen hat, kann schon mal einen Blick in die Zukunft werfen und sich seine neue – noch virtuelle – Karte schon jetzt im Netz ansehen. Wer keine Möglichkeit hat, sein Bild online zu übermitteln, muss noch nicht aktiv werden. Wir schreiben Sie zu Beginn des Jahres an und informieren Sie über den weiteren Ablauf zur Übermittlung Ihrer Fotos.

Testsieger beim Online-Kundenservice



Nicht nur die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen differieren enorm – auch in der Servicequalität zeigen sich deutliche Unterschiede. Das Marktforschungsunternehmen Terra Consulting Partners (TCP) hat jetzt den Online-Service von 50 gesetzlichen Krankenkassen getestet. Gesamtsieger wurde BIG – Die Direktkrankenkasse.

Die BIG setzte mit schnellen Antworten auf Testmails hohe Maßstäbe für die Mitbewerber. 92 Prozent der Mails wurden innerhalb von 4 Tagen beantwortet.

Entscheidend war aber vor allem die Kompetenz der BIG, die Probleme ihrer Kunden zu lösen und auf individuelle Lebenslagen einzugehen. Auch bei vielen anderen Bewertungskriterien gehörte die BIG zu den Spitzenreitern. So wurden darüber hinaus die kostenlose 24-Stunden-Hotline und das Informationsangebot auf der Internetseite gelobt.



Jetzt zur Nr. 1 unter den bundesweiten Krankenkassen wechseln!

Bester Beitrag. Mit einem Beitragssatz von nur 12,5 %
Spitze Service. Testsieger beim Online-Kundenservice*

* Laut Onlineservice-Check 2008 von Terra Consulting Partners unter 50 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland

Kostenlose 24-Stunden-Hotline:
(0800) 54 56 54 56

www.big-versichert.de

BIG
Gesundheit
Die Direktkrankenkasse