

report brandenburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2006

ersatzkassen

AVWG = Aus viel wird genug (?) Die Bonus-Malus-Regelung als Folge des AVWG

Der Name ist ein Wortungetüm: AVWG = „Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz“ oder ausführlich „Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung“. Der Inhalt – die Eindämmung der Ausgaben für Arzneimittel ist allerdings unvermeidlich, soll die Beitragssatzstabilität der Kassen auch weiter gewährleistet werden.

Handlungsnotwendigkeit

Die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrugen im Jahr 2005 nach Angaben des Deutschen Apothekerverbandes bundesweit rund € 23,4 Mrd. (Brandenburg: € 794,2 Mio.) und lagen damit 16,4 % über dem Niveau des Vorjahres. Im Land Brandenburg betrug der Zuwachs sogar 18,5 %.

Zum Vergleich hierzu prognostizierte das Bundesgesundheitsministerium die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen für das Jahr 2005 bundesweit mit + 0,36 %. Für Ostdeutschland erwarteten die Schätzer sogar einen Rückgang um – 0,6 %. Für das Jahr 2006 sehen die Aus-

In dieser Ausgabe unter anderem:

- **AVWG: Aus viel wird genug**
Bonus-Malus-Regelung als Folge des AVWG
- **Qualität im Krankenhaus:**
KTQ ist gut
- **Luftrettung im Landkreis Oder-Spree:**
Eine schlimme Erfahrung mit
doch noch gutem Ende ...
- **Leiterwechsel:**
Abschied nach 16 Jahren

sichten geringfügig besser aus (Bund: + 0,97 %, Ost: + 1,41 %).

Auch wenn ein erheblicher Teil des Ausgabenwachses im Arzneimittelbereich im Jahr 2005 weder auf ärztlicherseits noch kassenseits unmittelbar beeinflussbare Faktoren wie z. B. Preisanhe-

bungen der Hersteller und eine politisch gewollte Reduktion des Herstellerrabattes zurückzuführen ist, bleibt die ärztlicherseits gleichwohl beeinflussbare Strukturkomponente, auf die rund 8 % des Ausgabenanstieges zurückzuführen sind, eine wesentliche Stellschraube. Mit Hilfe der Strukturkomponente werden die Teile des Ausgabenanstieges erklärt, die auf dem Intermedikamenteneffekt einerseits, also einer Verschiebung zu anderen, meist teureren Präparaten und andererseits auf dem Intramedikamenteneffekt beruhen, also den Strukturänderungen, die aus der Verordnung anderer Stärken und Darreichungsformen bzw. Packungsgrößen resultieren. Wie schon in den vergangenen Jahren, kommt dem Intermedikamenteneffekt die weitaus größere Bedeutung zu. An der Beeinflussbarkeit insbesondere dieser Stellschraube durch den Arzt setzt das AVWG an.

Rechtlicher Rahmen für Bonus-Malus-Regelungen

Mit dem AVWG werden Bonus-Malus-gekoppelte Zielvorgaben für die Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel eingeführt. Abgestellt wird dabei auf die Durchschnittskosten pro Tagesdosis für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen in verordnungstarken Anwendungsgebieten.

Somit muss einerseits sichergestellt sein, dass eine hinreichend große Gruppe von vergleichbar wirksamen Arzneimitteln vorhanden ist, also breite Substitutionsmöglichkeiten bestehen.

Das bedeutet aber auch, dass Arzneimittel, die eine therapeutische Einzelstellung einnehmen und für die es deshalb auch keine Alternativen gibt, nicht in die Gruppenbildung für die Zielvorgaben eingebunden werden können. Aufkommende Befürchtungen, die Versorgung eben mit solchen Therapeutika könnte zukünftig infolge der Zielvorgaben beeinträchtigt werden, sind grundsätzlich unbegründet.

Andererseits ist mit dem Fokus auf die durchschnittliche Tagestherapiekosten gewährleistet, dass weder die Anzahl der verordneten Arzneimittel noch

die Anzahl der versorgten Patienten per se zu einem Malus führt.

Wann Bonus? Wann Malus?

Die Krankenkasse kann dann vom Arzt einen finanziellen Ausgleich (Malus) verlangen, wenn seine tatsächlichen Verordnungskosten über den für den Zielbereich festgelegten Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit liegen. Die Höhe der Malus-Zahlungen ist gekoppelt an die prozentuale Überschreitung der Zielvorgabe. Unterschreitet die Ärzteschaft hingegen die Zielvorgabe, erhält die Kassenärztliche Vereinigung einen Bonus. Diese Bonus-Zahlung an die Kassenärztliche Vereinigung bewahrt den Arzt vor einem möglicherweise aufkeimenden Verdacht, dass die Umstellung eines Patienten auf eine medi-

kamentöse Alternative aus eigensüchtigen Motiven erfolgt.

Verantwortung und Selbstverwaltung

Die konkrete Ausgestaltung dieses Bonus-Malus-Konzeptes haben die Partner der Selbstverwaltung auf der Bundesebene (also Spitzenverbände der Krankenkassen mit Kassenärztlicher Bundesvereinigung) gemeinsam bis Ende September diesen



Quelle: Medical Tribune

Jahres in einer Rahmenvorgabe zu vereinbaren. Diese Rahmenvorgabe ist auf Landesebene zu übernehmen, wenn es den Partnern auf der Landesebene nicht gelingt, Vereinbarungen abzuschließen, die „ebenso... zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit geeignet sind und die einen entsprechenden Ausgleich von Mehrkosten bei Nichteinhaltung der vereinbarten Ziele gewährleistet“.

D. h., auch und gerade die Vertragspartner (Brandenburger Kassenverbände) und Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) auf der Landesebene sind gefordert, innovative Konzepte zur Begrenzung der Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich zu entwickeln.

Im Sinne des AVWG: Aus viel wird genug – wollen sich die Brandenburger Ersatzkassenverbände konstruktiv in diesen Prozess einbringen.

Intern@ – Tipp: Klinik-Lotse der Ersatzkassen

Mit Hilfe des Klinik-Lotsen der Ersatzkassen (www.klinik-lotse.de) haben Versicherte, Ärzte und alle Interessierten die Möglichkeit, sich genauer über mehr als 2000 Krankenhäuser zu informieren.

Ausführliche Suchfunktionen ermöglichen eine umfassende Recherche nach geeigneten Kliniken in allen Regionen. Es werden Informationen zu den Fachabteilungen, den Fachgebieten, den Versorgungsschwerpunkten und Hauptdiagnosen, der Bet-

tenzahl, der Geräteausstattung sowie den stationären, ambulanten und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten.

Interessant sind auch die (freiwilligen) Angaben der Krankenhäuser zu den Maßnahmen der Qualitätssicherung oder zu den Mortalitäts- oder Komplikationsraten. Für medizinische Laien werden umfangreiche Hilfsfunktionen sowie ein ausführliches Glossar zur Verfügung gestellt.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ): KTQ ist gut

KTQ ist ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus. Es wurde 2002 nach einer Pilotphase unter Federführung der Ersatzkassenverbände zusammen mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eingeführt und bietet seither – und damit lange vor der gesetzlichen Verpflichtung – die Publikation von Qualitätsberichten zur besseren Orientierung für die Patienten.

Inzwischen unterstützen alle Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutsche Pflegerat diese Initiative, die Krankenhäusern die Möglichkeit gibt, sich mit diesem Gütesiegel zertifizieren zu lassen.

Die Zertifizierung besteht aus einer Selbst- und einer Fremdbewertung des Krankenhauses. Mit der Selbstbewertung hat die betreffende Einrichtung die Möglichkeit, die Qualität des eigenen Krankenhauses und der Mitarbeiter selbst zu prüfen und zu bewerten. Die Fremdbewertung übernimmt ein mit Experten besetztes Visitorenteam, das nach einem Kriterienkatalog die Bereiche Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement umfasst. Bei erfolgreichem Abschluss erwirbt das Krankenhaus (zwischenzeitlich auch für Reha-Einrichtungen und Arztpraxen möglich) ein Zertifikat,

welches auch nach außen die Qualität der Versorgung und die Leistungsfähigkeit der Einrichtung dokumentiert. Der Zuspruch dieses Zertifizierungsverfahrens zeigt die gewachsene Bedeutung für die Krankenhäuser.



Im Land Brandenburg erhielt kürzlich das elfte Krankenhaus dieses Gütesiegel und kann damit seine Leistung z. B. gegenüber Patienten, Krankenkassen und Ärzten dokumentieren. Mit einer Quote von über 20 Prozent zertifizierter Krankenhäuser gemessen an der Gesamtzahl aller Brandenburger Krankenhäuser kann sich Brandenburg bundesweit durchaus sehen lassen.

Alle Interessierten haben die Möglichkeit, sich die Unterlagen der zertifizierten Krankenhäuser im Internet (www.ktq.de) anzusehen und damit zusätzliche Informationen über das jeweilige Krankenhaus zu erhalten. Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren und muss danach neu erworben werden. Diese zeitliche Begrenzung ist Ansporn für die Krankenhäuser, ihr erreichtes Niveau zu halten, in einem Wiederholungsverfahren erneut unter Beweis zu stellen bzw. noch zu verbessern.

Jedes KTQ-zertifizierte Krankenhaus ist damit offen für den „Kunden“ Patient und jeden anderen Interessierten. Und deshalb ist KTQ gut.

Luftrettung im Landkreis Oder-Spree:

Eine schlimme Erfahrung mit doch noch gutem Ende...

Über den Landkreis Oder-Spree (LOS) haben wir in der Vergangenheit bezüglich fraglicher Verfahrensweisen im bodengebundenen Rettungsdienst berichtet.

In der Abrechnung der Luftrettungseinsätze platzte im Juli 2004 eine Bombe. Hier deckten die Krankenkassenverbände einen klassischen Fall von Abrechnungsbetrug auf und stellten Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft. Die Ermittlungen des Landeskriminalamtes (LKA) bestätigten den Verdacht des vorsätzlichen Abrechnungsbetruges durch den Landkreis.

Der Landkreis Oder-Spree hatte über Jahre (!) den Kostenträgern (u. a. gesetzliche Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern, Sozialämtern, Privaten Krankenversicherungen) i.d.R. vier Flug-

minuten je Einsatz mehr in Rechnung gestellt, als tatsächlich geleistet wurde.

Dadurch war den Kostenträgern in den Jahren 2001 bis Mitte 2004 ein Schaden von ca. € 604.000 entstanden.

Da das von der Staatsanwaltschaft geführte Ermittlungsverfahren aber der rein strafrechtlichen Beurteilung des Sachverhaltes dient, mussten die gesetzlichen Krankenkassen als Hauptgeschädigte Wege finden, die unrechtmäßig vom Landkreis erhobenen Gebühren erstattet zu bekommen. Um ein sich möglicherweise über Jahre hinziehendes zivilrechtliches Gerichtsverfahren zu umgehen, versuchten die Kassen, mit dem Landkreis LOS eine außergerichtliche Einigung zur Rückführung der unberechtigten Mehreinnahmen zu erzielen.

DER KOMMENTAR

Ist die Sahara nicht der einzige Ort, wo alles im Sande verläuft ?

Am 21. Juli 2004 haben die Ersatzkassenverbände in Brandenburg den Staatsanwalt mit einem „Bitte übernehmen Sie“ eingeschaltet, um die strafrechtlichen Konsequenzen auszulösen, die auch angezeigt sind, wenn die öffentliche Hand die Kassen der Kassen wider besseren Wissens mit überhöhten Rechnungen bedient.

So geschehen im Landkreis Oder-Spree. Dort wurden nachweislich über lange Jahre durch eine Eigeneinrichtung des Landkreises verfälschte Abrechnungen produziert: Flugminuten, für die bei Rettungsflügen pro Minute stattliche Beträge zu zahlen sind, wurden nicht den Tatsachen entsprechend aufgegeben. Es wurden ganz einfach Flugminuten dazugeschrieben, die niemals geflogen wurden.

Im Oktober 2005 wurden nach langen, zähen Verhandlungen durch die Verantwortlichen des Landkreises ein Schaden für die Krankenkassen von € 588.222 (inkl. Zinsen) anerkannt und ein Rückführungspaket geschlossen.

Die Staatsanwaltschaft wollte bereits im Juli 2005 das Verfahren einstellen. Hiergegen wandten sich die Ersatzkassenverbände.

Seitdem brütet die Staatsanwaltschaft.

Märkischer Sand liegt nicht in der Sahara. Also sollte diese Geschichte auch nicht im Sande verlaufen.



Lothar Bochat, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Brandenburg

Prozess schwierig und hürdenreich

Auf Grund der Konstellation, dass das Land Brandenburg als Träger der Luftrettung für eine ordnungsgemäße Organisation und Durchführung zuständig ist und dem Landkreis LOS – ohne Vorliegen jedweder schriftlicher Vereinbarung – diese Verantwortung für die in seinem Bereich liegende Luftrettungsstation übertrug, versuchte der Landkreis LOS zunächst, den „Schwarzen Peter“ dem Land zuzuschieben.

Nach Auffassung des Landkreises hätte sich dieser keinesfalls bereichert, da mit der Mehrabrechnung nur versucht werden sollte, die Einnahmen des Landkreises zwecks Kostendeckung zu erhöhen. Im Übrigen läge die Finanzverantwortung und damit auch die Zuständigkeit für den Ausgleich des finanziellen Schadens beim Land als Träger der Luftrettung.

Diese Ausreden ließen die Krankenkassen nicht gelten. Der Landkreis hatte Gebührenbescheide erstellt und die daraufhin gezahlten Kassengelder auf seinen Konten vereinnahmt. Seine Argumentation, die rechtswidrigen Mehrabrechnungen hätten einzig und allein dem Zweck gedient, die in der Luftrettung für den Landkreis bestehende (bis heute den Krankenkassen nicht nachgewiesene!) Unterdeckung auszugleichen, bedarf keines Kommentars. In die Gebührenkalkulation werden alle notwendigen Kosten eingerechnet und danach wird die Höhe der Gebühren festgesetzt.

Das schließt die Berücksichtigung von ggf. in der Vergangenheit entstandenen Gewinnen und Verlusten ein und funktioniert im Übrigen auch in anderen Teilen Brandenburgs und der Bundesrepublik.

Rückführung der Gelder – ein langer Prozess

Mehr als ein Jahr später: ... Im Oktober 2005 unterschrieben die gesetzlichen Krankenkassen und der Landkreis eine gemeinsame Erklärung zur Rückführung der zu viel erhobenen Gebühren in der Luftrettung. Der Landkreis LOS verpflichtete sich damit, den den Krankenkassen entstandenen finanziellen Schaden auszugleichen. Gleichzeitig wurden die Modalitäten zur Ermittlung und Erstattung der Rückführungsbeträge einschließlich deren Verzinsung vereinbart.

Kurz vor der abschließenden Umsetzung dieser gemeinsamen Erklärung stand die außergerichtliche Erledigung der Angelegenheit nochmals auf der Kippe, da sich plötzlich das Land Brandenburg einmischte. Dieses war der Meinung, einen Teil der vom Landkreis durch Abrechnungsbetrug erzielten Mehreinnahmen für sich beanspruchen zu können, um eigene finanzielle Verpflichtungen gegenüber dem Landkreis erfüllen zu können. Nachdem die Krankenkassen deutlich zum Ausdruck gebracht haben, dass sie dies nicht tolerieren werden, lenkte das Land Brandenburg ein.

WUSSTEN SIE SCHON, DASS ...

- der Einsatz eines Rettungswagens (RTW) im Land Brandenburg € 400,62 kostet, mit Begleitung eines Notarztes Kosten von € 543,05 entstehen,
- der Transport mit einem Krankentransportwagen (KTW) im Land Brandenburg € 163,77 kostet,
- der Einsatz eines Rettungshubschraubers (RTH) im Land Brandenburg € 1.128,79 kostet und
- der Transport mit dem Intensivtransporthubschrauber (ITH) des Landes Brandenburg € 2.718,02 kostet?

Alle Angaben sind für 2006 gültig und als jeweiliger Durchschnitt der Gebühren über alle Rettungsdienstbereiche (Landkreise bzw. kreisfreie Städte) zu verstehen.

Letztlich kam der Landkreis seiner Verpflichtung vollständig nach. Inklusive Zinsen erhielten die gesetzlichen Krankenkassen für den Zeitraum 2001 bis Juni 2004 einen Betrag in Höhe von € 588.222 zurück.

Wohlgemerkt: Beitragsgelder der Krankenkassenmitglieder und ihrer Arbeitgeber in einer Zeit, in der die Einnahmen der Kassen ohnehin – bezogen auf die Ausgaben – wie das zu kurze Bettuch erscheinen.

Die Krankenkassen sind Treuhänder und Sachwalter der Beitragsgelder. Dieser Fall ist und bleibt hoffentlich ein Einzelfall.

Strafrechtliche Konsequenzen?

Die Beurteilung der Staatsanwaltschaft, ob es zu strafrechtlichen Konsequenzen im Landkreis LOS kommt, steht nach wie vor aus. Trotzdem für die Kassen ein Erfolg, die Gelder wieder für notwendige medizinische Leistungen ausgeben zu können.

Eine Konsequenz wurde jedoch gezogen. Die Abrechnung der Leistungen der im Landkreis LOS gelegenen Luftrettungsstation erfolgt seit Anfang des Jahres 2005 über die Deutsche Rettungsflugwacht (DRF), die seit Jahren den zum Einsatz kommenden Rettungshubschrauber stellt.

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

■ Häusliche Krankenpflege vor dem Schieds„richter“

Zum erstem Mal – seit Einführung der gesetzlichen Möglichkeit (01.01.2004) – muss im Land Brandenburg eine „Schiedsperson“ die Vergütung der Leistung „Häusliche Krankenpflege“ festlegen. Kläger ist der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. – kurz: bpa.

■ Wirtschaftlichkeitsprüfung im vertragszahnärztlichen Bereich weiter gesichert

Nach schwierigen und langwierigen aber auch konstruktiven Verhandlungen zwischen den Krankenkassenverbänden im Land Brandenburg und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) liegt nunmehr eine neue Prüfvereinbarung vor. Diese löst die bisher geltende Übergangsvereinbarung ab und sichert nach Ansicht beider Vertragspartner die kontinuierliche Fortsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung im vertragszahnärztlichen Bereich. Die Erklärungsfrist endete ohne Einspruch am 10. Mai 2006, sodass das Ratifizierungsverfahren nun eingeleitet werden kann.

■ Mammographie-Screening endlich auf dem Weg

Nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen(verbänden) und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) – zeitweise auch unter Mitwirkung des zuständigen Gesundheitsministeriums – sind nunmehr wesentliche Voraussetzungen für die Einführung des Mammographie-Screening gegeben: Es erfolgte eine Einigung über die Honorierung der ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Einführung des Mammographie-Screening in Brandenburg für Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr erbracht werden sollen. Außerdem konnten sich Kassenverbände und KVBB über die Kostenverteilung der sog. „Zentralen Stelle“ verständigen. Diese lädt beispielsweise alle anspruchsberechtigten Frauen zu der freiwilligen Untersuchung ein und kümmert sich um die Terminorganisation. Zahlreiche organisatorische Schritte werden nun folgen, um mit dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Land Brandenburg voraussichtlich zu Beginn des Jahres 2007 praktisch starten zu können.

DMP gut angenommen

Mehr als 40.000 Ersatzkassenversicherte in Brandenburg, die an chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ 2 leiden, nehmen die Angebote ihrer Krankenkassen zur Betreuung in strukturierten Behandlungsprogrammen an. Diese Disease-Management-Programme (DMP) bieten die Ersatzkassen für die Erkrankungen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheit – KHK, Brustkrebs und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – COPD an. Auch ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma soll demnächst angeboten werden.

Vereinfachung beim DMP Diabetes mellitus Typ 2

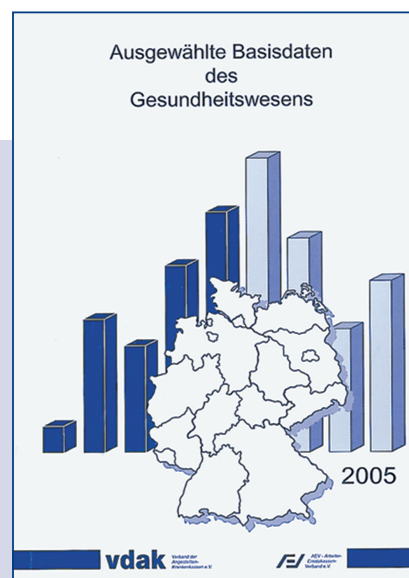
Zur Vereinfachung der praktischen Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme haben alle

Kassenverbände im Land Brandenburg seit dem 1. April 2006 ein gemeinsames DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) vereinbart. Somit wurden die bislang existierenden 5 Einzelverträge zu einem Vertrag zusammengefasst. Brandenburger Vertragsärzte, die an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, können nun die DMP-Dokumentationen auf elektronischem Weg zur Daten verarbeitenden Stelle senden. Damit entfällt für die Arztpraxen u. a. die Bestellung, das Ausfüllen und Absenden der beleghaften Dokumentationsbögen.

Die Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2005“ ist nunmehr in der 13. Auflage erschienen. Grafiken und Tabellen stellen in prägnanter Weise Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ergänzt werden diese durch volkswirtschaftliche und internationale Daten. Die über die Jahre anhaltend große Nachfrage nach der Broschüre zeigt, dass sie sich zu einem wichtigen und zugleich begehrten Nachschlagewerk für alle an der Gesundheitspolitik Interessierten entwickelt hat. Die Grafiken und Tabellen der aktuellen Auflage stehen unter

<http://www.vdak-aev.de/basisdaten2005.htm>

im PDF-Format zum Download zur Verfügung.



Selbsthilfekontaktstellenförderung weiter erhöht

Die Brandenburger Ersatzkassen haben sich darauf verständigt, den Förderbetrag für Selbsthilfekontaktstellen im Jahr 2006 um ca. € 10.000 auf insgesamt fast € 81.000 zu erhöhen. Die finanziellen Fördermittel werden die Arbeit von 22 Kontaktstellen maßgeblich unterstützen. Daneben stellen die Ersatzkassen 17 Brandenburger Selbsthilfelandesorganisationen und -verbänden € 67.000 für ihre Arbeit zur Verfügung.



Abschied nach 16 Jahren

Ja – wohin wechselt er denn? Diese Frage wurde Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesvertretung in den letzten Wochen oft gestellt.

Lothar Bochat wechselt nicht in einen anderen Job, nicht in ein anderes Unternehmen – nein: Er wechselt in den Ruhestand. Nach 16 Jahren, in denen er nicht nur die Brandenburger Landesvertretung der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV leitete, sondern auch ein Stück Brandenburger Gesundheitspolitik mit gestaltete.

Er war nach der Wende ein Mann der ersten Stunde, zunächst für Brandenburg noch von Berlin aus tätig und seit 1992 im „Albrecht-von-Gräfe-Haus“ in der Potsdamer Hans-Thoma-Straße.

Viel ist auf dem Feld Gesundheitspolitik in diesen 16 Jahren geschehen. Jahre, in denen mit so manchem Vertragspartner und Vertreter der Landes(gesundheits)politik gerungen, diskutiert, auch gestritten, aber

letztlich viel gestaltet und erreicht werden konnte – für unsere Mitgliedschaften und deren Versicherte.

Der Kreis der Mitarbeiter wuchs von einem „kleinen Häufchen“ von drei Kolleginnen und Kollegen auf einen mittlerweile „beachtlichen Haufen“ von fünfzehn Mitarbeiterinnen und drei Mitarbeitern. Dass das interne Betriebsklima gut ist, auch daran hat Lothar Bochat seinen Anteil.

Er geht wohl mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Und auch wir – seine Landesvertretung – werden ihn am 31. Mai 2006 mit einem lachenden und einem weinenden Auge verabschieden in einen neuen Lebensabschnitt, für den wir – seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – ihm alles erdenklich Gute und noch viele schöne „Ruhestandsjahre“ wünschen.

In diesem Sinne: Mach's gut Leiter – ab 01.06.2006 dann Leiter a. D.!

Stafettenwechsel: Kompetente Frauenpower

Wochenlang gab es um die Nachfolge an der Spitze unserer Landesvertretung ein Raunen und Tuscheln. Nun – und damit rechtzeitig für den Stafettenwechsel – steht die Nachfolge für Lothar Bochat fest:

Monika Puhlmann (56) verstärkt seit 1990 die Reihen der gesetzlichen Krankenversicherung in Brandenburg und ist seit Anfang 1994 in der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Potsdam

tätig. Seit mehr als 12 Jahren arbeitet sie als Referatsleiterin ambulante Verträge und seit mehr als drei Jahren ist sie gleichzeitig stellvertretende Leiterin der Landesvertretung. Zum 1. Juni 2006 übernimmt sie – wie von ihm präveriert – den Staffeltab von Lothar Bochat (60).

Damit werden die Brandenburger Ersatzkassenverbände künftig – ebenso wie die Bundesverbände – von einer Frau geführt, die über Kompetenz und Sachkenntnis im Vertragsgeschehen verfügt und der Führungsaufgaben nicht neu sind.

Von der Frau- und Mannschaft der Landesvertretung auch hier herzliche Glückwünsche und viel Kraft – aber auch Spaß – an und mit der neuen Aufgabe.



Monika Puhlmann und Lothar Bochat

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV

Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam

Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92 13

E-Mail: LV-Brandenburg@vdak-aev.de

Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank · Verantwortlich: Lothar Bochat