

report brandenburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sep. 2007

ersatzkassen

Im Fokus: Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz

Die Initiative des Brandenburger Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, das Brandenburgische Rettungsdienstgesetz (BbgRettG) zu novellieren, ist aus Kassensicht zu begrüßen und zu befürworten.

Gerade vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und der damit verbundenen Anstrengungen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist auch das Land Brandenburg in der Pflicht, seinen Beitrag zu einer wirksamen Kostenbegrenzung der GKV für den Rettungsdienst zu leisten. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass die letzte Novellierung des BbgRettG im Jahr 2004 leider nicht weit genug ging, um eine wirtschaftlichere und sparsamere Leistungserbringung zu gewährleisten.

In Brandenburg extrem hohe Kosten

Die Kostensteigerung im Rettungsdienst schreitet nach wie vor auf hohem Niveau voran. Die Ausgaben je Versicherten im Bereich Fahrkosten in den neuen Bundesländern lagen 2005 mit 29,8 Prozent und 2006 mit 29 Prozent weiterhin deutlich über den Ausgaben in den alten Bundesländern. Dieser Trend setzt sich mit 29,5 Prozent im ersten Quartal im Jahr 2007 fort.

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Krankenhausplanung in Brandenburg
- Abrechnungsmanipulation:
Erfolgreicher Kampf gegen „Schwarze Schafe“
- Ersatzkassen fördern
ambulante Hospizdienste

Innerhalb der neuen Bundesländer nimmt Brandenburg hierbei einen bedauerlichen Spitzenplatz ein. So lagen 2006 die Fahrkosten um fast 50 Prozent über dem Durchschnitt der neuen Länder! Dem allgemeinen Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird nach wie vor nicht Rechnung getragen.

Bestimmendes Ziel der Überarbeitung des Rettungsdienstgesetzes muss es deshalb sein, die Rahmenbedingungen für einen wirtschaftlichen Rettungsdienst so auszugestalten, dass die von allen Beteiligten gewünschte Ausgabenrückführung ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität erreicht werden kann. Dieses Ziel lässt sich im Interesse stabiler Beitragssätze allerdings nur erreichen, wenn der GKV in allen Fragen der Finanzierung des Rettungsdienstes sowie seiner

Kosten bestimmenden Faktoren ein weitgehendes Mitspracherecht eingeräumt wird.

Der Rettungsdienst dient der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr – ist also ein öffentliches Gut. Diesbezügliche Aufgaben fallen in den Verantwortungsbereich des Staates. Diesem Charakter des Rettungsdienstes als öffentliches Gut sowie des sich daraus ergebenden – zumindest teilweisen – Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand muss eine Neufassung des BbgRettG unbedingt gerecht werden.

Wirtschaftlichkeit so nicht erreichbar

Der nun vorliegende erste Entwurf lässt aber genau diese Prioritäten vermissen. Im Gegenteil. Damit würden weitere überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen auf die Kostenträger – und damit insbesondere auf die Krankenkassen – zukommen.

Die Krankenkassen fordern eine Verhandlungslösung, die bereits in allen anderen neuen Bundesländern erfolgreich umgesetzt wurde. Wie in allen

anderen Bereichen des Gesundheitswesens muss auch im Rettungsdienst gelten: Wer zahlt, muss Einfluss auf die Kosten nehmen können. Zumindest müssen aber die bisher gültigen Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes beibehalten werden.

Anstatt das Kosten treibende, gesetzlich normierte Selbstkostendeckungsprinzip aufzugeben und Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zu schaffen, sollen künftig sogar bisher nicht über den Rettungsdienst finanzierte Kosten mit in die Gebühren eingehen. Die Etablierung weiterer Kostenpositionen ohne erkennbare Verbesserung in der Versorgungsqualität und die Argumentation, dass den Kommunen keine zusätzlichen Kosten entstehen werden, da diese von den Kostenträgern und damit vorrangig von den Krankenkassen getragen werden, ist nicht akzeptabel.

Die Brandenburger Beitragszahlerinnen und Beitragszahler haben es verdient, dass das Land mit ihren Beitragsmitteln genauso sorgsam umgeht wie mit Steuergeldern.



Monika Puhmann,
Leiterin der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Brandenburg

DER KOMMENTAR

Vorwärts – und nicht zurück

Der Rettungsdienst im Flächenland Brandenburg ist gut ausgebaut, wird stetig den Erfordernissen (z. B. Bau weiterer Rettungswachen) angepasst und von den Krankenkassen solide finanziert.

Das Brandenburgische Rettungsdienstgesetz (BbgRettG) ist nicht so gut, als dass es nicht noch besser werden könnte: Wichtigste Forderung der GKV ist und bleibt die Beteiligung der Krankenkassen als Verhandlungspartner wie in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens üblich. Diejenigen, die den Hauptteil der Kosten des Rettungsdienstes zu tragen haben, sollten auch auf die Kosten Einfluss nehmen können und als ebenbürtige Partner den Trägern des Rettungsdienstes gegenüberstehen.

Unverständlich ist es daher, dass das 1999 vom Ministerium mit einer Novellierung des BbgRettG initiierte Verfahren zur Kostenermittlung im Rettungsdienst nunmehr außer Kraft gesetzt werden soll. Kommunale Spitzenverbände und Krankenkassenverbände hatten sich in langwierigen Verhandlungen auf eine sog. „Kosten-Leistungs-Rechnung“ (KLR) verständigt, die in einem partnerschaftlichen Miteinander eingeführt und erfolgreich umgesetzt wurde und wird. Die vereinbarte KLR ist ein von allen Partnern anerkanntes Gebührenermittlungsverfahren, erzeugt Transparenz und Vergleichbarkeit der in die Rettungsdienstgebühren einfließenden Kosten.

Anstatt das Selbstkostendeckungsprinzip aufzugeben und damit Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zu schaffen, soll nunmehr durch Verlagerung von bisher nicht über den Rettungsdienst – und damit über den Gebührenschuldner – finanzierten Kosten (wie z. B. Ausbildungskosten) eine weitere Belastung der GKV erfolgen.

Ein Zurück hinter bereits Erreichtem kann nicht im Interesse des Landes Brandenburg liegen. Wir bringen in das nun folgende parlamentarische Verfahren gern unseren Sachverstand ein.

Krankenhausplanung – Weichen für künftige Versorgungsstrukturen?

Das Landeskrankenhausgesetz bildet in jedem Bundesland die Grundlage für die Krankenhausplanung. Es definiert bestimmte Parameter wie Umfang und Ablauf der Krankenhausplanung.

Krankenhauspläne müssen aufgrund sich ergebender Veränderungen, wie z. B. demografische Entwicklung, Abwanderungen und medizinisch-technischer Fortschritt, in bestimmten Abständen an die realen Gegebenheiten angepasst werden. Der gültige Landeskrankenhausplan wurde 2002 mit einem Zielhorizont von fünf Jahren verabschiedet. Zeit für einen neuen bzw. überarbeiteten Landeskrankenhausplan.

Um zwischen den Fortschreibungen der Krankenhauspläne Anpassungen an die tatsächliche Entwicklung vornehmen zu können, finden regelmäßige Sitzungen einer sog. „Landeskonferenz zur Krankenhausplanung“ statt, die über Anträge von Krankenhäusern und/oder der Krankenkassen zur Veränderung von Fachabteilungen, Bettenzahlen usw. berät. Das Land, vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF), hat Vorsitz und Entscheidungsbefugnis dieses Gremiums, insbesondere, wenn keine einvernehmlichen Entscheidungen möglich sind.

In der jüngeren Vergangenheit forderten die Krankenkassen – mit Verweis auf den Zielhorizont 2007 des gültigen Krankenhausplanes – Aktivitäten des Landes zur Weiterentwicklung bzw. Fortschreibung. Gerade durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems im Jahr 2005, der sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRG) kam es zu maßgeblichen Veränderungen in den Krankenhäusern unseres Bundeslandes, wie z. B. zu einer erheblichen Verkürzung der Verweildauer der Patienten und Leistungsverchiebungen zwischen den Krankenhäusern.

Vom MASGF kamen leider keine konkreten Aussagen zu einer Überarbeitung bzw. eines Zeitplanes. Offizielle Gründe hierfür blieben für die Kassen im Dunkeln.

Völlig überrascht wurden Krankenkassenverbände und Landeskrankenhausgesellschaft nun vor wenigen Wochen, als die Beteiligten zu getrennten Sitzungen geladen wurden und das Land erklärte, dass ab sofort eine Überarbeitung des Krankenhausplanes erfolgt.

Schon seit Ende August finden hierfür erste Gebietskonferenzen mit den Krankenhäusern der fünf Planungsregionen statt. Nach Vorstellungen des Ministeri-

ums soll der überarbeitete Landeskrankenhausplan im ersten Quartal 2008 vom Kabinett beschlossen werden. Im zweiten Quartal könnten dann die sog. Feststellungsbescheide an die jeweiligen Krankenhäuser verschickt werden, die letztlich die Umsetzung des Krankenhausplanes vorsehen.

Der neue Plan soll ca. 1.000 Betten weniger – also noch ca. 14.400 Betten enthalten. Krankenhausstandorte stehen nach den Ausführungen des Ministeriums gegenwärtig nicht zur Disposition. Grund dafür ist die Sicherung der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung Brandenburgs in allen Regionen des Landes – also auch in strukturschwachen, ländlichen Bereichen. Während drei bis fünf kleinere Geburtsabteilungen (< 300 Entbindungen/Jahr) auf ihren Bestand hin überprüft werden sollen, ist es nach Ansicht des MASGF notwendig, die Versorgung der älteren Patienten zu optimieren. Wie diese „Optimierung“ praktisch umgesetzt werden soll, bleibt abzuwarten.

Genauso fraglich ist es, ob sich das Ministerium an eine Änderung von Abteilungsstrukturen in den Krankenhäusern heranwagen wird. Offen ist auch, ob es eine

Planung nach dem derzeit gültigen Landeskrankenhausgesetz gibt oder das Gesetz vorher novelliert werden soll. Davon ist wiederum abhängig, ob lediglich Fachabteilungen und Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses definiert werden oder eine Planung mit Betten je Fachabteilung in der bisherigen Struktur erfolgen wird.

Neu ist im Gegensatz zu früheren Planungen jedenfalls, dass es nach dem Willen des Landes im Vorfeld keine Arbeitsgruppen zur Erarbeitung und Abstimmung von Grundzügen geben soll. Das ist deshalb bedauerlich, weil mit der gegenwärtigen Neuausrichtung der Krankenhausplanung ein Paradigmenwechsel erfolgen würde, der von allen Partnern grundsätzlich mitgetragen werden sollte.

Inwieweit nun noch eine aktive und konstruktive Mitgestaltung durch die Kassenverbände erfolgen kann, bleibt abzuwarten. Die Ersatzkassenverbände sind dazu bereit.



Copyright-Hinweis© Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Abrechnungsmanipulation:

Erfolgreicher Kampf gegen „Schwarze Schafe“

Abrechnungsmanipulationen im Gesundheitswesen schädigen nicht nur die Beitragszahler, sondern alle in der Gesundheitsbranche tätigen Berufsgruppen, denen materieller Schaden entsteht bzw. deren Ruf empfindlich leidet.

Es geht darum, „Schwarzen Schafen“ das Handwerk zu legen, Schaden abzuwenden, Wiedergutmachung einzufordern, wo nötig, auch Strafen zu verhängen und Zulassungen zu entziehen. In der Öffentlichkeit muss deutlich werden, dass es sich nicht um Kavaliersdelikte handelt, sondern dass dem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen durch derartige Fälle ein Schaden entsteht, der nicht hingenommen wird.

Brandenburg und Berlin vereinbarten, auf bestimmten Gebieten eine Aufgaben- und Arbeitsteilung umzusetzen. In diesem Zusammenhang leitet Michael Redel seit mehr als drei Jahren den von Berlin aus für beide Bundesländer agierenden gemeinsamen „Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation“.

▼ Herr Redel, auf welchen Wegen gelangen Verdachts-, Manipulations- und Betrugsfälle in den Ausschuss?

▲ Hauptsächlich durch eine gezielte Plausibilitätsprüfung der Ersatzkassen. Es nehmen aber auch Hinweise von Versicherten, Konkurrenzunternehmen, Angestellten oder auch scheidenden Ehepartnern zu.

▼ Wie viele Vorgänge von „Fehlverhalten“ hatten Sie seit 2004 auf dem Tisch und wie hoch ist der Betrag an Versicherten- und Krankenkassengeldern, den Sie für die Ersatzkassen daraufhin geltend machen konnten?

▲ Seit 2004 sind es mehr als 5.200 Fälle mit einem Finanzvolumen von fast 1,7 Mio. Euro an Zahlungen, die Leistungserbringer

an Rückzahlungen für beispielsweise zu Unrecht abgerechnete Leistungen, Strafzahlungen leisten mussten. Zudem wurden 135 Strafanzeigen gegenüber Staatsanwaltschaft bzw. LKA gestellt. Oft ist die Schadensregulierung – sowohl im strafrechtlichen als auch im sozialrechtlichen Sinne – sehr langwierig, die Bearbeitungsdauer liegt bei bis zu vier Jahren.

▼ Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Arbeit in Brandenburg – wo in Berlin?

▲ Länderbezogen gibt es bei den Leistungserbringern kaum Unterschiede – „Schwarze Schafe“ gibt es in beiden Bundesländern und in allen Branchen.

▼ Zeichnen sich Unterschiede im Verhalten der Leistungserbringer zwischen Berlin und Brandenburg ab?

▲ Nein, in aller Regel nicht. Durch Wettbewerb und Leistungsdichte im Stadtstaat Berlin sind aber Informationen von Konkurrenzunternehmen innerhalb der Leistungsanbieter stärker ausgeprägt.

▼ Werden die gesetzlichen Veränderungen im Gesundheitswesen (GKV-WSG) die Ausschussarbeit spürbar beeinflussen bzw. verändern?

▲ Nach meiner Ansicht nicht. Für wichtige Problemfelder im Gesundheitswesen wie z. B. der Strafbarkeit des Tatbestandes der Vorteilsnahme und der Bestechung im Bereich der niedergelassenen Ärzte gibt es nach wie vor keine ausreichenden gesetzlichen Grundlagen. Es kann doch keinem vermittelt werden, dass ein angestellter Krankenhaus-Arzt beispielsweise wegen Bestechung verurteilt wird und ein niedergelassener Arzt hier als freier Unternehmer anderen Bewertungen unterliegt.

▼ Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Standesorganisationen und Staatsanwaltschaften?

▲ Nach Anlaufproblemen inzwischen besser, aber nach wie vor schwierig – schon wegen der bestehenden Strukturen. Beim allumfassenden Aufgabenbereich von Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft fehlt es oft an spezifischem Fachwissen zu dieser gesonderten Materie. Hilfreich wären z. B.



Michael Redel, Leiter des gemeinsamen „Arbeitsausschusses Abrechnungsmanipulation“ der Ersatzkassen Berlin und Brandenburg

sog. Schwerpunktstaatsanwaltschaften für den Gesundheitsbereich, die es aber zurzeit nur in wenigen Bundesländern gibt.

▼ **Herr Redel, wenn Sie für Ihr Arbeitsgebiet einen Wunsch frei hätten...**

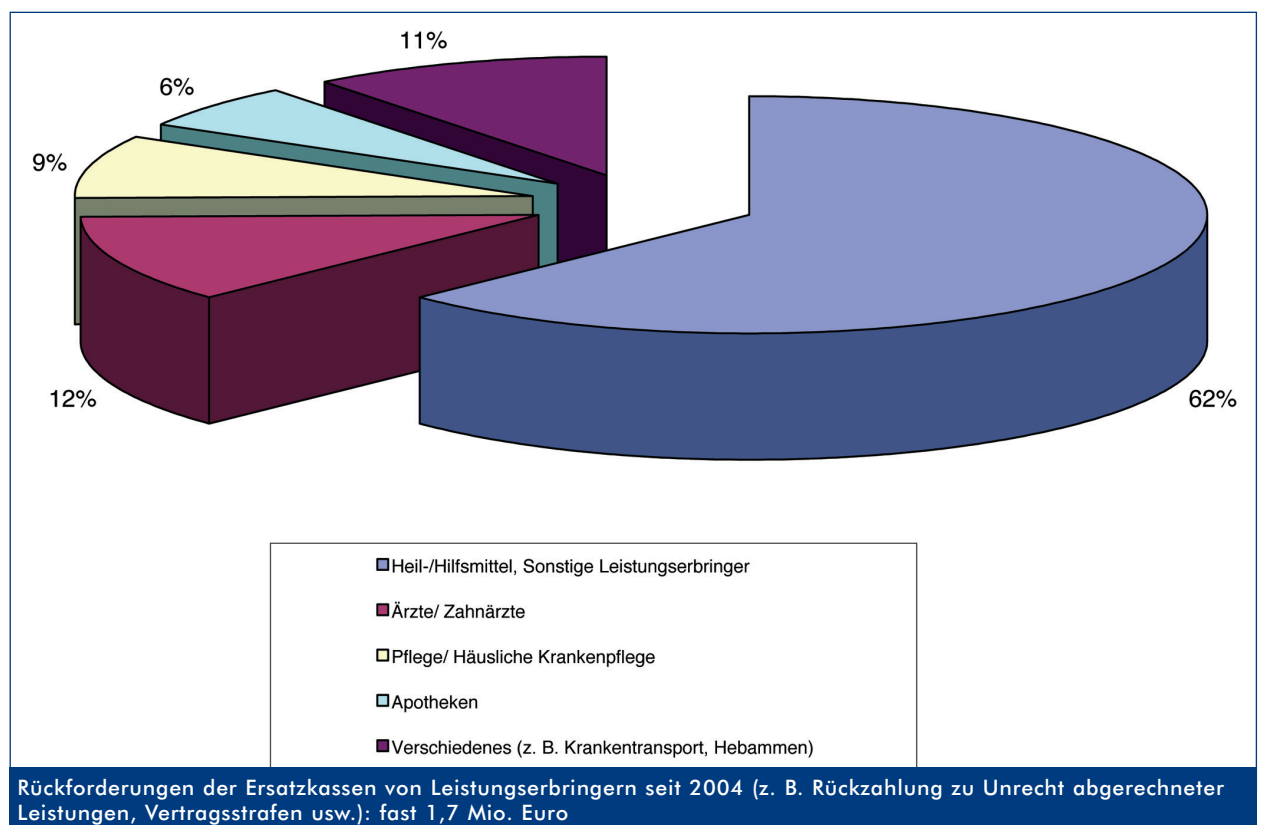
▲ ... Ich hätte da sehr viele Wünsche, aber besonders wichtig wären Strukturen, die den enorm wachsenden Fallzahlen in Qualität und Breite besser gerecht würden. Hier müssen wir flexibler auf aktuelle Probleme (Abrechnungsbetrug, Körperverletzung u. ä. im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und Pflege) reagieren. Es wird immer noch übersehen, dass schlechte Qualität in der Pflege und HKP hohe Folgekosten verursacht. Eindeutigere Verträge im Sinne von Regelungen zur Fehlverhaltensbekämpfung würden die Arbeit erleichtern. Darüber hinaus ist es der richtige Weg, die guten Ansätze der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit weiterzuführen.

STICHWORT

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) beauftragte der Gesetzgeber Krankenkassen, ab 2004 sog. „Arbeitsausschüsse Abrechnungsmanipulation“ einzurichten. In den Paragraphen 197a SGB V sowie 47a SGB XI heißt es dazu: „Die Krankenkassen...(und Pflegekassen)... richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit der jeweiligen Krankenkasse... hindeuten...“

Die Ersatzkassen(verbände) in Brandenburg und Berlin verständigten sich darauf, mit einem seit 2004 laufendem – bundesweit einmaligen – Pilotprojekt „Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation“ länderübergreifend Fehlverhalten jeglicher Art (falsche Abrechnungen, Vertragsverstöße bis hin zu Abrechnungsbetrug) aufzudecken, zu Unrecht gezahlte Leistungvergütungen zurückzufordern, ggf. Vertragsstrafen zu verhängen und auch dort, wo es nötig ist, die Staatsanwaltschaft einzuschalten bzw. Verfahren auf Zulassungsentzug anzustoßen.



Ersatzkassen fördern fünf Jahre ambulante Hospizdienste in Brandenburg

Anzahl der geförderten Dienste verdoppelt – Fördersumme verdreifacht

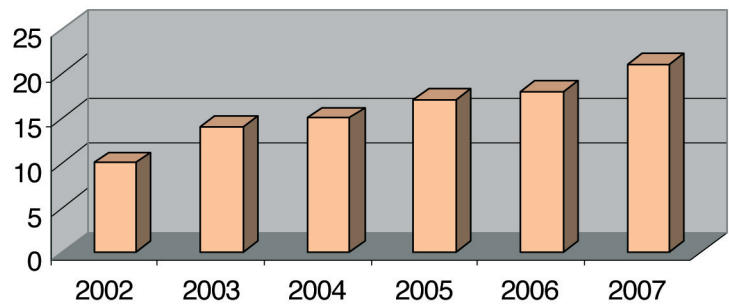
In den westeuropäischen Ländern erreichen immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter. Diese an sich sehr erfreuliche Tatsache hat aber auch eine Schattenseite: Mit steigender Lebenserwartung nehmen Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und Krebserkrankungen zu. Nach wie vor ereignet sich die Hälfte aller Todesfälle im Krankenhaus.

Die Ersatzkassen setzen sich seit vielen Jahren für den Auf- und Ausbau einer möglichst flächendeckenden ambulanten Hospizversorgung – einer häuslichen Sterbebegleitung – ein. Durch die Unterstützung ehrenamtlicher Hospizhelfer kann vielfach dem Wunsch schwer kranker Patientinnen und Patienten und ihrer Familienangehörigen entsprochen werden, ihre letzte Lebensphase im gewohnten sozialen Umfeld, der häuslichen Umgebung, verbringen zu können.

Durch gesetzliche Regelungen ist seit 2002 eine finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Hospizhelfern durch die Krankenkassen möglich.

Die Grundidee besteht darin, die qualitativ sehr anspruchsvolle ehrenamtliche Arbeit durch einen finanziellen Zuschuss zu fördern und so die Leistung

Anzahl geförderter Hospizdienste

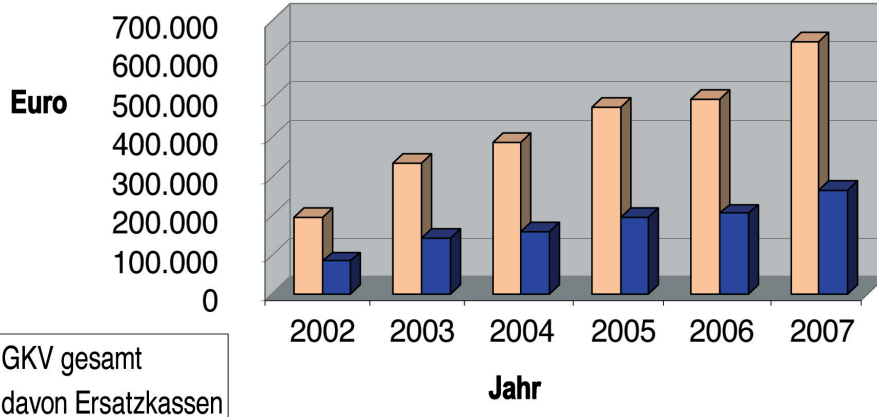


Anzahl geförderter Hospizdienste

der ehrenamtlichen Tätigkeit zu honorieren. Voraussetzung für die Förderung ambulanter Hospizdienste ist es u. a., dass diese mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und von einer qualifizierten Fachkraft mit mehrjähriger Erfahrung in der Hospizarbeit geleitet werden.

Während im Startjahr 2002 von den Ersatzkassen 10 ambulante Hospizdienste mit ca. 82.000 Euro gefördert wurden, hat sich in den letzten sechs Jahren die Anzahl der geförderten Dienste mehr als verdoppelt – die Fördersumme konnte sogar verdreifacht werden:

Förderung ambulanter Hospizdienste



Förderung ambulanter Hospizdienste

In diesem Jahr erhielten 21 Brandenburger Hospizdienste von den Ersatzkassen ca. 265.000 Euro – fast 30 Prozent mehr als im Jahr 2006. Unter allen Krankenkassen im Land Brandenburg ist die Gemeinschaft der Ersatzkassen wiederum Hauptfinanzier – ihr Anteil beträgt 2007 41 Prozent.

Durch die ehrenamtliche ambulante Hospizarbeit wird die Arbeit der sechs stationären Hospize in Cottbus, Brandenburg an der Havel, Frankfurt/Oder, Eberswalde, Lehnin und Neuruppin sinnvoll ergänzt.

Wieder zusätzliche Ersatzkassen-Impfaktionen zum Gripeschutz

Die Brandenburger Ersatzkassen haben die Vereinbarung mit der B.A.D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen für eine weitere Saison verlängert.

Auf Grundlage dieser Vereinbarung organisieren die Ersatzkassen mit Ärzten und Schwestern der B.A.D GmbH auch in diesem Jahr in ausgewählten Geschäftsstellen vor Ort Gripeschutzimpfaktionen und bieten ihren Versicherten – neben der Impfmöglichkeit beim Arzt des Vertrauens – damit zusätzlich Gelegenheit, mit einer Gripeschutzimpfung aktiv eigene Gesundheitsvorsorge zu betreiben.

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) hat die Sicherung und Verbesserung des Impfschutzes der Brandenburger Bevölkerung auf die Fahnen geschrieben:

Unter dem Motto „Alle(s) geimpft?“ führt die KVBB eine Impfaktion durch, die sich an alle Bürger Brandenburgs richtet.

Der Startschuss fiel am 5. September in Templin und die Aktion läuft bis zum 12. Oktober. In diesen sechs Wochen dreht sich in den Praxen der Brandenburger Hausärzte, Kinderärzte und Gynäkologen fast alles ums Impfen. Patienten können diese Zeit nutzen, um mit ihrem Arzt den Impfstand zu besprechen und sich natürlich auch gleich impfen lassen. Wer keinen aktuellen Impfausweis mehr hat, bekommt in der Praxis einen neuen.

Darüber hinaus sind in mehreren Orten des Landes Brandenburg Impf-Tage geplant. Für alle Fragen rund um das Thema Impfen schaltet die KVBB unter der Nummer 0331/2309-456 ein „Impf-Telefon“. Weitere Informationen finden sich im Internet unter www.kvbb.de

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

■ Rahmenvereinbarung Früherkennung/Frühförderung unterzeichnet

Die Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung wurde sowohl von den Kostenträgern als auch von den Leistungserbringern unterzeichnet. Damit ist Brandenburg das vierte Bundesland, in dem dies gelang. Die Vergütungen werden zunächst im Rahmen regionaler Verhandlungen vereinbart.

■ Mammographie-Screening: Auch in Nord/West-Region laufen Vorbereitungen

Nachdem im März der Versorgungsauftrag an ein Ärzteteam der Süd/Ost-Region Brandenburgs für die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings vergeben werden konnte, läuft nun auch die Umsetzung mit einem Ärzteteam für die Nord/West-Region unseres Bundeslandes an. Damit werden ab 2008 sukzessive alle ca. 350.000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ihre Einladung zur Brustkrebsvorsorge-Röntgenuntersuchung im Briefkasten finden.

■ Befreiungsliste für Arzneimittel ohne Zuzahlung

Fast 12.000 Arzneimittel sind derzeit für Versicherte zuzahlungsfrei.

Über <http://www.vdak-aeve.de/LVen/BRA/index.htm> finden interessierte Versicherte und Fachkreise die 14-tägig aktualisierte Liste der Arzneimittel, bei denen keine Zuzahlung geleistet werden muss. Es handelt sich hierbei um Nachahmerpräparate (sog. Generika = den Originalpräparaten wirkstoffgleiche Arzneimittel), deren Apothekenpreis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag (also dem Betrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten der Arzneimittel übernehmen) liegt.

■ Erster Tag der offenen Tür der Landesregierung Brandenburg

Erstmals öffnete die Landesregierung ihre Türen für die Bevölkerung, gab Einblicke in ihre Arbeit und Büros. Aktiv mit dabei war unsere Landesvertretung, die im Rahmen der Pflegeinitiative „Später beginnt jetzt“ des Gesundheitsministeriums zusammen mit den anderen Kassenverbänden Projekte vorstellte und Bürgerfragen rund um die Pflegeversicherung beantwortete.

BÜCHER



Für alle Kassen und privat: „Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt“

Dr. med. Eckart
von Hirschhausen
Langenscheidt Sprachführer
Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt
Lachen wenn der Arzt kommt
Langenscheidt Verlag München,
ISBN: 978-3-468-72177-8,
128 Seiten

Was meint mein Arzt, wenn er mit mir spricht? Egal, ob der Orthopäde beim Betrachten des Röntgenbildes „Oh!“ sagt oder die Chefarztvisite 2,8 Sekunden dauert: Die Medizin unserer Tage hat ein Kommunikationsproblem:

Der Arzt und Kabarettist von Hirschhausen erklärt, wo- von Mediziner, Politiker, Krankenversicherungen und Pharmavertreter wirklich reden. Kein Zufall, dass der Langenscheidt-Sprachführer „Arzt-Deutsch / Deutsch-Arzt“ genau zur Reformierung der deutschen Volksgesundheit am 1. April 2007 erschienen ist.

Schließlich ist Lachen die beste Medizin.
Gilt für Kassen- und Privatpatienten!

Blaues L auf weißem Kittel: Blendend informiert und heiter-sarkastisch tritt Dr. med. Eckart von Hirschhausen seinen Dienst beim Münchner Sprachenverlag an. Gerade weil er selbst Doktor der Medizin ist, legt er seine Finger in die Wunden des modernen Gesundheitssystems.

Mit der rezeptfreien Verständigungshilfe im Sprachführer-Format leistet er die allerorts nötige „Erste Hilfe“. Frei nach dem Motto: Heilkunst ist die Kunst, dem Patienten die Zeit zu vertreiben, die der Körper braucht, um sich selbst zu heilen“, mokiert er sich über den Terminologieschwachsinn der Medizinwelt und kittelt seinen Lesern damit gründlich die Lachmuskeln.

Von A bis Z erfahren die Leser alles über Macht und Raffinesse des blütenweißen Supermann-Kittels oder über den Titelterror in der Ärztezunft. Wer die Krankenhaushierarchie kapiert – oder die versteckten Botschaften in Beipackzetteln –, der steigert seine Chancen auf Gesundung enorm. Auf der Suche nach der

richtigen Praxis beachte der Patient unbedingt die Zeitschriftenauswahl im Wartezimmer.

Kleiner Tipp von Hirschhausen: Ersteigert der Arzt während der Anamnese auf eBay gerade einen Zweitwagen – besser einen Kollegen aufsuchen! Ein Selbsttest zeigt, ob man ein gesunder Kranker ist oder schon zum Hypochonder tendiert.

„Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt“, illustriert von dem Cartoonisten Erich Rauschenbach, verfügt über ganzheitliche Heilkräfte und dreht das Stethoskop einfach um: Das Buch zeigt den Patienten, wie sie den passenden Arzt zu ihren Symptomen finden oder gemeine Krankheiten wie die Ärzte-Logorrhoe bekämpfen. Ist die kostenintensive Blutprobe-Röntgen-Kernspin-Mühle tatsächlich nötig oder genügt es vielleicht schon, die akademische Sprache seines Arztes zu entmystifizieren?

Befragen Sie hierzu keinesfalls Ihren Arzt oder Apotheker, sondern Eckart von Hirschhausen in der Langenscheidt-Sprechstunde. Die ist sogar günstiger als die Praxisgebühr.

Dr. Eckart von Hirschhausen, 1967 in Frankfurt geboren, studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus und lebt in Berlin. Seit über 15 Jahren ist er als Kabarettist, Humortrainer und Autor unterwegs. Sein Markenzeichen: intelligenter Witz mit nachhaltigen Botschaften.

Der Durchbruch als Solokabarettist gelang ihm mit seinem Programm „Sprechstunde“ (2002). Er schreibt Kolumnen und ist regelmäßig in Radio- und Fernsehsendungen zu Gast. In Sachen „Führen mit Humor“ arbeitet er für namhafte Unternehmen und ist ein gefragter Gastredner. Unter dem Motto: „Humor hilft Heilen“ gründete von Hirschhausen „Rote Nasen Deutschland e. V.“ und bringt Clowns in Krankenhäuser. Mit seinem aktuellen Programm „Glücksbringer“ ist Eckart von Hirschhausen derzeit auf Tournee.

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: Monika Puhlmann