

report bremen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2008

ersatzkassen

Vom Payer zum Player: 125 Jahre GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung feiert in diesem Jahr Geburtstag. 125 Jahre ist es her, dass im Reichstag das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ verabschiedet wurde. Darauf aufbauend konnte in Deutschland ein System sozialer Absicherung entwickelt werden, das für viele Staaten beispielgebend war und ist.

Dabei war die soziale Wohlfahrt nicht das eigentliche Anliegen ihres Begründers. Vielmehr wollte Reichskanzler Otto von Bismarck durch diesen Schachzug die Sympathien des Volkes für den Kaiser sichern und die Monarchie gegen die „rote Gefahr“ durch die erstarkenden Sozialdemokraten wappnen.

Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung war damals die Zahlung von Krankengeld

In dieser Ausgabe:

- 125 Jahre GKV
- Qualitätssicherung
ambulantes Operieren
- Mehr Licht als Schatten –
Ersatzkassenforum zur Pflegereform
- Abrechnungsmanipulation
Interview mit A. Ernst von der Kriminalpolizei
in Bremen
- Sponsoring in der Selbsthilfe

im Falle der Arbeitsunfähigkeit; ein Bereich der heute gerade noch sechs Prozent des Leistungsvolumens ausmacht. Lange schon liegt der

Schwerpunkt auf der medizinischen Versorgung – Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und ärztliche Behandlung sind entsprechend die größten Ausgabenblöcke des Gesamtvolumens von rund 150 Milliarden Euro jährlich. Damit liegt Deutschland bei der Summe aller Gesundheitsausgaben (10,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts) hinter der Schweiz (11,6 Prozent) und Frankreich (11,1 Prozent) auf Platz vier. Spitzenreiter sind die USA mit Gesundheitsausgaben von 15,3 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts.

Dass ein so großes System wie die GKV nicht statisch ist, sondern sich dem gesellschaftlichen Wandel anpassen muss, lässt sich an Beispielen seiner Reformgeschichte ablesen: Ab 1970 werden Früherkennungsmaßnahmen in die GKV eingeführt, 1994 werden der Risikostrukturausgleich und die Pflegeversicherung eingeführt, ab 1996 dürfen gesetzlich Versicherte ihre Krankenkasse frei wählen und sind nicht mehr durch ihren Beruf an eine bestimmte Kassenart gebunden und mit dem GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 sind ab kommendem Jahr ein einheitlicher Beitragssatz und die Einführung eines Gesundheitsfonds für alle Krankenkassenbeiträge vorgesehen.

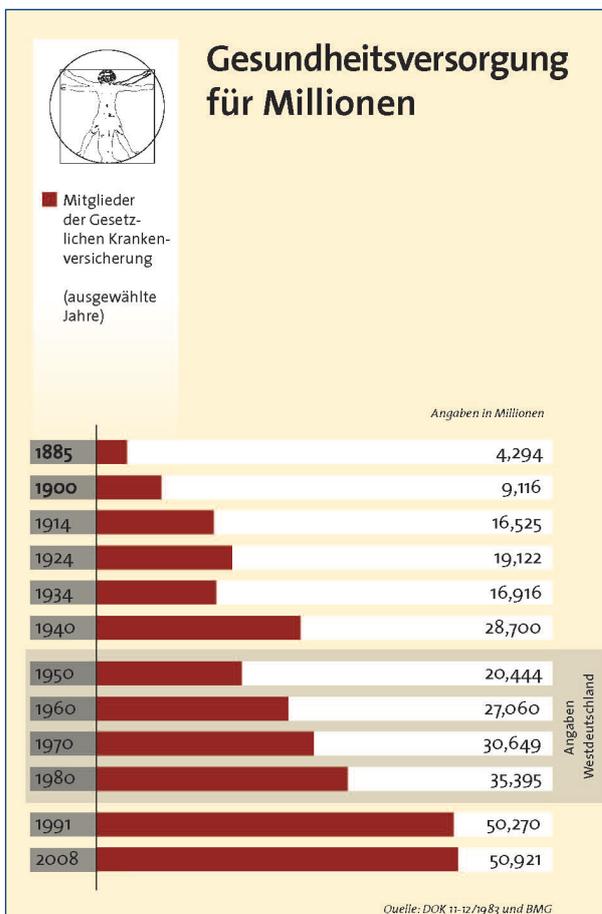
Wandel der Aufgaben

Insgesamt hat sich die Rolle der Krankenkassen inzwischen weit vom „Behördencharakter“ des vergangenen Jahrhunderts entfernt. Heute gestalten die Kassen die medizinische Versorgung mit: Sie bieten Disease-Management-Programme für chronisch Erkrankte an, schließen Verträge zur integrierten Versorgung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, verhandeln mit den Arzneimittelherstellern über Rabattverträge und engagieren sich intensiv in der Prävention und Früherkennung von Krankheiten.

Die Gestaltung der Versorgung bleibt auch in Zukunft ein zentrales Thema für die GKV. Denn die Versorgungslandschaft muss gut strukturiert und effektiv genutzt sein, wenn die Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle Versicherten gewährleistet bleiben soll. Dabei muss es, um einerseits Sicherheit und Verlässlichkeit zu gewährleisten sowie auf der anderen Seite Wettbewerb und Innovation zu fördern, ein ausgewogenes Maß an kollektiven und selektiven Vertragsmodellen geben.

Ein Schritt vorwärts...

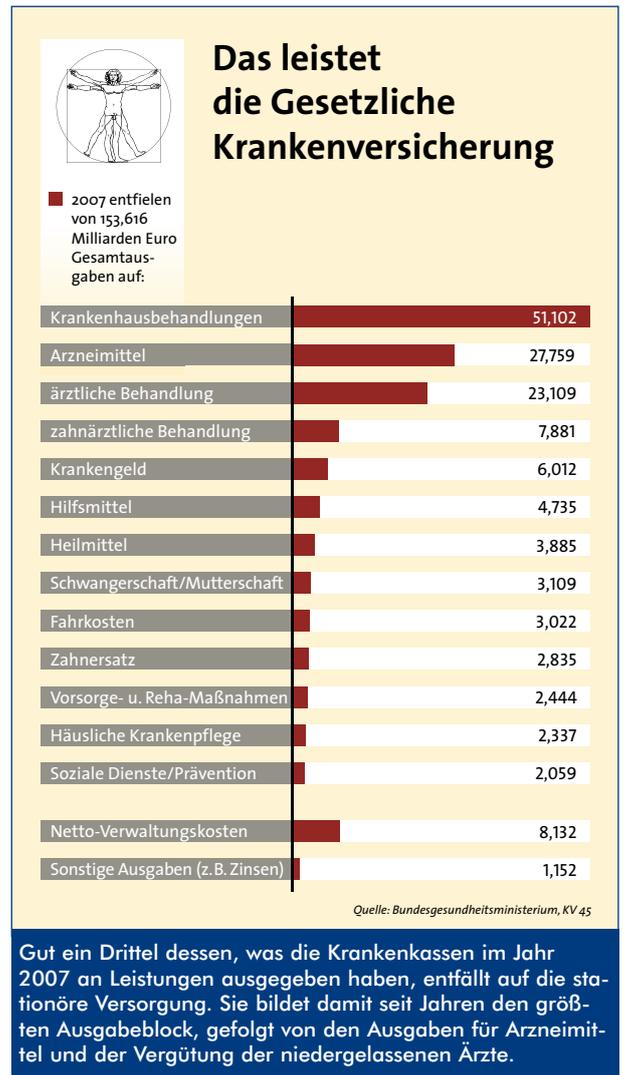
Allerdings muss der gesetzliche Rahmen den notwendigen Wettbewerb auch ermöglichen. Derzeit bewegt sich die Politik in Sachen Wettbewerb eher nach der Taktik „ein Schritt vorwärts zwei Schritte zurück“. So wurde mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz in 2007 bewusst auf Vertragswettbewerb und innovative Versorgungsmodelle gesetzt, ein Kurs, der mit der Ausgestaltung aktueller Gesetzesvorhaben allerdings wieder verlassen wird: Sahen die Eckpunkte zur Klinikreform von Gesundheitsministerin Schmidt noch Modelle zu Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Kassen über bestimmte Leistungen vor, wurden diese von den Ländern kategorisch zurückgewiesen und von der Ministerin inzwischen aufgegeben. Zur hausarztzentrierten Versorgung droht jetzt eine geplante Gesetzesänderung, die die Krankenkassen verpflichtet, kollektive Verträge mit den Hausarztverbänden in den Ländern abzuschließen – einschließlich eines Schiedsamtverfahrens bei Nichteinigung. Die Idee der freien Vertragsgestaltung wird damit ab absurdum geführt, da das Vertragsmonopol lediglich von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Hausarztverbände übergehen würde. Verträge mit Ärztenetzen oder anderen Berufsverbänden von Medizinern, die modellhaft zum Teil sehr erfolgreich laufen, wären damit nicht möglich.



Immer mehr Menschen sind inzwischen gesetzlich krankenversichert. Ihre Zahl stieg sprunghaft im Jahr 1991. Grund war die Wiedervereinigung. Rund 11.565.000 Mitglieder kamen so in das System. Im April 2008 listete das Bundesgesundheitsministerium 50.921.123 Mitglieder. Zusammen mit den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen betrug die Zahl 70.216.211 Versicherte.

Reform als Chance

Während sich den gesetzlichen Krankenkassen mit der Gesundheitsreform durch freiwillige Wahltarife mit Selbstbehalten oder Zusatzleistungen neue Wettbewerbsmöglichkeiten bieten, sehen die privaten Krankenversicherer den eingeführten Basistarif und die Portabilität der (Alters-)Rückstellungen kritisch. Laut einer aktuellen Studie zu den Perspektiven des Krankenversicherungsmarktes sind sich gesetzliche und private Krankenversicherung (PKV) darüber einig, dass sie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vor massive Herausforderungen stellt. Im Gegensatz zur PKV sehen die gesetzlichen Krankenversicherer die Möglichkeiten der letzten Gesundheitsreform allerdings auch als Chance und fühlen sich vertragspolitisch herausgefordert, während PKV-Unternehmen die entsprechenden Entwicklungen vornehmlich als Bedrohung ihrer eigenen Position werten. Auf der 125-Jahr-Feier am 12. Juni in Berlin hat Bundeskanzlerin Angela Merkel den Bogen vom Bismarckschen Gesetz bis heute so gespannt: „Im Rückblick kann man sagen: Die Einführung der Krankenversicherung war ein Meilenstein in der Geschichte der deutschen Sozialpolitik... Heute erleben wir, dass es berechnete hohe Ansprüche gibt, dass alle Bürgerinnen und Bürger am medizinischen Fortschritt adäquat teilhaben können.“ Die solidarische Krankenversicherung weiterzuentwickeln und sie den immer neuen gesellschaftlichen Herausforderungen anzupassen, verstehen die Ersatzkassen als ihr tägliches Geschäft.



Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

DER KOMMENTAR

Die Kanzlerin hat in ihrer Rede zum GKV-Jubiläum deutlich die Bedeutung der solidarischen Absicherung der Lebensrisiken Krankheit, Unfall und Alter hervorgehoben. Ein im Verlauf ihrer Rede häufig gebrauchtes Wort hingegen lautete „Eigenverantwortung“ – eine euphemistische (schönfärberische) Umschreibung für die Ausgliederung von Teilen des Versicherungsschutzes in das individuelle Risiko. Dass aufgrund des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung die Privatisierung des Krankheitsrisikos die einzige Möglichkeit sein soll, allen Versicherten den Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen, mag nicht recht einleuchten. Jedenfalls nicht, wenn zeitgleich milliardenschwere Geschenke gemacht werden, um die Gunst der Ärzte für das nächste Wahljahr zu gewinnen. Die politisch gewollte Vergütungsreform für die Vertragsärzte wird den gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr einige Milliarden Euro zusätzlicher Ausgaben verursachen und sie ist nicht das einzige Wahlgeschenk an die Leistungserbringer.

Dem Euphemismus hängt immer etwas Zynisches an. Doch leider ist der Zynismus, der in dem Wort „Eigenverantwortung“ liegt, für den Laien nicht so leicht erkennbar. Die Politik jedenfalls wird den Krankenkassen wieder schlechtes Management vorwerfen, wenn die Wahlgeschenke bezahlt werden müssen und ihnen einen verschärften Wettbewerb untereinander verordnen. Zahlen werden schlussendlich die Versicherten – mit dem zweifelhaften Trost, dass sie die Zusatzzahlung „Eigenverantwortung“ nennen dürfen.

Hohes Niveau durch Qualitätssicherung Strukturvoraussetzungen ambulanter Operateure in Bremen werden geprüft

Derzeit werden in Bremen alle ambulanten Operationszentren einer Prüfung ihrer Strukturqualität unterzogen. Die gemeinsam von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung in Bremen initiierte Prüfung soll allgemeine Anforderungen, wie Fachpersonal und Erreichbarkeit auch außerhalb der Sprechzeiten sicherstellen sowie die bauliche Einrichtung und die Hygienestandards der Zentren in Augenschein nehmen. Betroffen sind alle ambulanten Operateure, die aufgrund der guten Strukturvoraussetzungen ihrer Praxen dem Vertrag zur verbesserten medizinischen Versorgung bei ambulanten Operationen beitreten konnten und damit eine besondere Vergütung erhalten. „Wir wollen sicherstellen, dass die Qualität der ambulanten Operationen sich auf einem hohen Standard befindet“, so Dieter Volkmann, Leiter des Vertragsbereichs der VdAK-Landesvertretung Bremen.

Sicherung des hohen Niveaus

Mit der Prüfung beauftragt ist die i-med-cert GmbH, eine Dortmunder Firma, die seit 5 Jahren im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements tätig ist. Um die Einhaltung der vertraglich vereinbarten Normen zu prüfen, begutachtet seit Juli ein Auditor alle 29 ambulanten Bremer Operationszentren. Dabei fällt die erste Einschätzung positiv aus: „Bisher ist festzustellen, dass die Mehrheit der bisher begutachteten Einrichtungen die vertraglich vereinbarten Kriterien erfüllt und gut bis sehr gut ausgestattet ist.“, konstatiert Dr. med. Thomas Hein, Geschäftsführer der i-med-cert. Bei lediglich zwei Praxen habe man eine Strukturveränderung einfordern müssen, um die Standards aus dem Vertrag zur ambulanten Operation zu erfüllen.

Die Prüfung soll gewährleisten, dass die hohen Standards, die im Vertrag zur verbesserten medizinischen Versorgung bei ambulanten Operationen definiert sind, von allen teilnehmenden Operateuren eingehalten werden. Diese Maßnahme der Qualitätssicherung ist angesichts der Tatsache, dass die ambulante Operation immer häufiger als Alternative zum Krankenhausaufenthalt gewählt wird, besonders wichtig. Denn eine ungenügende Strukturqualität in den Operationszentren würde sich schnell auf die Akzeptanz bei den überweisenden Ärzten und Patienten auswirken und somit die Vorteile dieser Versorgungsform ungenutzt lassen.

Medizinischer Fortschritt und Compliance

Mit immer schonenderen Verfahren in der Anästhesie und verfeinerten, minimalinvasiven Operationsmethoden können immer häufiger Eingriffe durchgeführt werden, ohne dass ein Klinikaufenthalt notwendig ist. Dabei wird mit einem vertraglich festgelegten hohen Versorgungsniveau ein immer größeres Spektrum ambulant durchführbarer Operationen möglich. Einige der häufigsten Eingriffe sind Operationen von Krampfadern, des grauen Stars, des Leistenbruchs oder arthroskopische Eingriffe an Arm, Schulter und Knie sowie die Karpaltunnelloperation der Hand.

Zwar erlaubt der medizinische Fortschritt die ambulante Durchführung immer komplizierterer chirurgischer Eingriffe, wichtigstes Kriterium ist neben der medizinischen Durchführbarkeit allerdings die Compliance der Patienten. Dazu gehört auch, dass die Lebensumstände ein gewisses Maß an Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn gewährleisten. Ist dies nicht der Fall, kann das Ergebnis trotz höchsten Qualitätsniveaus unbefriedigend ausfallen.

Die Pflegereform – mehr Licht als Schatten Ersatzkassenforum in Bremen

„Die Pflegeversicherung hat sich bewährt und wird durch die Pflegereform in vielen Punkten weiterentwickelt“, stellte Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des VdAK und AEV auf dem Ersatzkassenforum in Bremen am 14. Mai fest. Die Pflegereform sei daher als Evolutionsschritt zur Verbesserung der Pflege zu sehen. Mit der

Dynamisierung der Vergütung von Pflegeleistungen, dem Einbezug von Demenzerkrankungen und durch die Erarbeitung von Expertenstandards sowie der zu schaffenden Transparenz über das Leistungsgeschehen seien wichtige Voraussetzungen getroffen worden, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln.

Im Bereich der Leistungen hob Ballast die schrittweise Anhebung der Pflegesätze hervor, die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit Demenzerkrankungen, die Verbesserungen der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege sowie die Erhöhung der Fördermittel für den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote und ehrenamtlicher Strukturen.

Die Ausweitung der Pflegeberatung im Sinne eines betreuenden Fallmanagements nannte Ballast sinnvoll, da wegen des umfangreichen Angebots eine umfassendere Beratung mit Ausrichtung auf ein Fallmanagement durchaus notwendig sein könne. Die Pflegestützpunkte, über deren Errichtung die Sozialbehörden in den Bundesländern entscheiden können, sollten sich jedoch streng nach dem Bedarf der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen richten. Es könne nicht Absicht sein, das für die Pflege dringend benötigte Geld zum Aufbau teurer bürokratischer Strukturen zu verwenden, die möglicherweise nicht in erwartetem Umfang genutzt würden. Was die Pflegekassen bisher in der Beratung leisten und in Zukunft leisten werden, solle dabei nicht unterschätzt werden.

Die durch die Pflegereform geforderte Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen des MDK bewertete Ballast positiv. „Allerdings müssen die Ergebnisse so formuliert sein, dass sie alltags- und nicht nur expertentauglich sind“, so Ballast. Zudem bestehe damit die Chance, die Diskussion um Pflegemängel durch Transparenz zu versachlichen.

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen betonte, dass die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege sehr zu begrüßen sei, da



Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen



Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender VdaK/AEV

diese Standards die Qualität wissenschaftlich verankern und damit die Pflege weiter professionalisieren würden. Zudem merkte er an, dass der wesentliche Teil der Pflegeanbieter gut bis sehr gut arbeite. Nur ein kleiner Teil (im Heimbereich etwa 10 Prozent) arbeite mangelhaft und Sorge daher immer wieder für mediale Diskussionen. Dazwischen liege jedoch ein „Graubereich“ von Anbietern, deren Arbeit durch die Bemühungen um die Qualitätsstandards und den Wettbewerb durch Transparenz sich erwartungsgemäß verbessern werde.

Auch Frau kleine Bornhorst von der Caritas Bremen beurteilte die Transparenz als Mittel zur Förderung der Qualität, mahnte jedoch einen sensiblen Umgang mit den Ergebnissen an, da Zahlen allein nicht immer vollständig aussagefähig seien. So wäre es problematisch für ein Pflegeheim, eine größtmögliche Bewegungsfreiheit für seine Bewohner einrichten zu wollen, da dies gleichzeitig die Gefahr von Stürzen fördere.

Zur demografischen Frage prognostizierte Senatorin Rosenkötter einen Anstieg der Pflegebedürftigen in Bremen um ein Drittel bis zum Jahr 2020. Besonders stark werde dabei der Anteil der Demenzerkrankten sein, da diese Erkrankung besonders in höherem Alter zunehme, was bei allgemein steigender Lebenserwartung zum Tragen käme. Als wichtigen Aspekt für die zukünftige Entwicklung in der Pflege nannte sie die Entwicklung neuer Wohn- und Betreuungsformen, um sich den Bedürfnissen der jetzt älter werden Generation anzupassen. Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bremen, bedankte sich abschließend bei den anwesenden Vertretern der Pflegeanbieter für die tägliche geduldige Arbeit der Pflegekräfte in den Einrichtungen und bei den Pflegediensten.

Über die Anzahl und Ausgestaltung der ab 2009 einzurichtenden Pflegestützpunkte wird derzeit in Arbeitsgruppen mit Vertretern der Kassen, der Behörde und der Pflegeanbieter beraten.

Die Pflegekassen stehen den Pflegestützpunkten aufgrund ihres eigenen Beratungsangebots kritisch gegenüber und werden daher mit absolutem Augenmaß für das Notwendige darauf achten, dass die Versichertengelder sinnvoll eingesetzt und keine Beratungseinrichtungen über den Bedarf hinaus eingerichtet werden.



Dr. Peter Pick, Martina kleine Bornhorst, Ingelore Rosenkötter, Karl Nagel, Thomas Ballast (von links)

Abrechnungsmanipulation: Über drei Millionen Rückzahlung an Bremer Krankenkassen

Die GKV-Prüfgruppe Bremen ist eine Arbeitsgruppe der gesetzlichen Krankenversicherung, die Verdachtsfälle von Abrechnungsmanipulation und andere Straftatbestände untersucht und gegebenenfalls zur Anzeige bringt. Die Prüfgruppe besteht seit 2001 und war die erste im Bundesgebiet, in der alle gesetzlichen Krankenkassen zusammenarbeiten. Seit Beginn dieser Kooperation wurden in Bremen insgesamt 65 Betrugsfälle aufgedeckt, wodurch mehr als drei Millionen Euro Rückzahlungen an die Krankenversicherer und damit an die Mitglieder der Krankenkassen geflossen sind. Allein im vergangenen Jahr mussten Zahlungen von rund 350.000 Euro an die Kassen rückerstattet werden. Möglich ist dies durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei. Andreas Ernst ist Kriminalhauptkommissar im Dezernat Wirtschaftskriminalität bei der Kriminalpolizei in Bremen und bearbeitet Verdachtsfälle, die ihm von der GKV-Prüfgruppe gemeldet werden.

▼ Herr Ernst, wenn Ihnen von der Prüfgruppe ein Verdachtsfall über Abrechnungsmanipulation gemeldet wird, was sind die Schritte Ihrer Ermittlungen, bis der Fall von der zuständigen Staatsanwältin vor Gericht gebracht wird?

▲ Oft sind wir bei den Sitzungen der Prüfgruppe dabei. Die Fälle werden dort vorgetragen, die Erkenntnisse der einzelnen Kassen zusammengeführt und wir geben unseren Ratschlag, wie man in dem einzelnen Fall weiter vorgehen kann; ob die Kasse vorerst weiter ermitteln muss, oder ob

man den Fall bereits an die Kriminalpolizei abgibt, die die Ermittlungen weiterführt.

Wenn wir den Fall bekommen, sondieren wir, in welchem Zusammenhang die Angelegenheit eingebettet ist und wo das Fehlverhalten liegt. Wenn es um Abrechnungsbetrug im Krankenhaus geht, muss man sich zunächst einmal mit den DRG-Ziffern auseinandersetzen und diese verstehen. Wenn es um einen Arzt oder um Heil- oder Hilfsmittelerbringer geht, muss man sich auch mit diesem Leistungsgebiet und den Abrechnungsmodalitäten beschäftigen. Dann wird in den Unterlagen, die wir von den Krankenkassen und beispielsweise der Kassenärztlichen Vereinigung bekommen, recherchiert. Wenn es genügend Hinweise auf einen Betrug gibt, wird die Durchsichtung beantragt und die Praxis, die Apotheke oder das Labor werden auf weitere Hinweise durchsucht. Die sichergestellten Beweismittel werden dann entsprechend ausgewertet. Teilweise geschieht dies durch uns und teilweise, wenn es sich um Ärzte handelt, durch die Kassenärztliche Vereinigung oder auch durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Wenn ein Ergebnis feststeht, geben wir die Akte weiter an die Staatsanwaltschaft und dort wird Anklage erhoben, oder das Verfahren wird wegen Geringfügigkeit gegen eine Geldauflage eingestellt.

▼ Gibt es einen Unterschied zu Betrugsfällen, beispielsweise in der Wirtschaft? Und welche Faktoren begünstigen Ihrer Meinung nach die Manipulation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung?

▲ Es ist besonders ein Mangel an Transparenz, der das Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftsbereichen unterscheidet. Kein Patient der gesetzlichen Krankenkassen kann ja überprüfen, was der Arzt, nachdem die Versichertenkarte eingezogen worden ist, für die nächsten drei Monate abrechnet. Außerdem ist die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich problematisch. Wir haben beispielsweise einen Fall, da wurden ambulante, urologische Operationen in der Arztpraxis noch einmal als stationärer Krankenhausaufenthalt abgerechnet. Da es unterschiedlichste Verträge und Abrechnungswege gibt, hat die Kassenärztliche Vereinigung, über die die ambulante Operation abgerechnet wird, grundsätzlich keinen Einblick darin, was das Krankenhaus direkt mit der Krankenkasse abrechnet. Durch einen Zufall wird jemand aufmerksam, daraufhin prüft man genauer, die Kassen und die Kassenärztliche Vereinigung setzen sich an einen Tisch und es stellt sich die doppelte Abrechnung

heraus. Problematisch ist natürlich auch die ärztliche Schweigepflicht, die immer im Hintergrund steht. Das zieht sich bei der Sicherstellung von Daten fort, da ausschließlich die Unterlagen der Betroffenen herangezogen werden dürfen. Die Schweigepflicht und der Daten-

schutz sind Bereiche, mit denen man sehr sensibel umgehen muss.

Grundsätzlich ist aber die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen sehr gut. Das ist nicht in jedem Bundesland selbstverständlich und dies erleichtert die Arbeit wiederum erheblich.

▼ Hat es im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bisher einen Fall gegeben, der Sie besonders beeindruckt hat?

▲ Wir hatten ja mehrere beeindruckende Fälle, aber wenn ich zum Beispiel an den Fall des Klinikums und den Urologen denke: Man bringt den Patienten nach der ambulanten Operation für eine Nacht ins Krankenhaus und da wird die Operation noch einmal abgerechnet, dann ist das schon bemerkenswert. Oder ein Facharzt, der doppelt abgerechnet und dadurch einen Schaden von 300.000 bis 400.000 Euro verursacht hat. Beeindruckend war auch der Fall eines großen Bremer Sanitätshauses. Dort wurden in erheblichem Umfang Konfektionsartikel, wie beispielsweise Mieder oder orthopädische Schuhe, als Konfektionsartikel eingekauft und abgegeben und mit den Krankenkassen zum Vielfachen des Preises als Maßartikel abgerechnet. Ein Vorgehen, auf das wir auch in anderen Bereichen immer wieder treffen.

▼ Die Kontrolle ist also notwendig...

▲ Mehr als notwendig. Die Staatsanwaltschaft hat dies auch erkannt und entsprechend reagiert. Seit Oktober 2007 gibt es eine Schwerpunktstaatsanwältin für unsere Fälle in Bremen und eine in Bremerhaven. So haben wir jeweils eine Ansprechpartnerin, die auch mit auf Tagungen und Seminare geht und sich in die Materie einarbeitet.



Andreas Ernst, Kriminalhauptkommissar im Dezernat Wirtschaftskriminalität bei der Kriminalpolizei in Bremen

„Ungleiche Partner“ – Sponsoring in der Selbsthilfe

Sponsoring ist eine gesellschaftlich akzeptierte Form der Werbung. Wenn es um Produkte wie Versicherungen, Sportartikel oder Autos geht, wird die Beeinflussung der Konsumenten nicht hinterfragt. Ein Hersteller oder Anbieter sucht sich einen interessanten „Werbeträger“ (Fußballvereine für Versicherungen oder Fernsehmoderatorinnen für Mode) und stattet diesen mit benötigten finanziellen Mitteln für den Stadionumbau oder mit Kleidung und Accessoires aus. Das Publikum verbindet das Produkt mit dem attraktiven Werbeträger und dieses erhält damit dessen Bekanntheit, Glanz oder Glaubwürdigkeit.

Ähnlich verhält es sich mit dem Sponsoring im Gesundheitswesen. Ein Pharmahersteller sucht Kontakt zu Ärzten oder Selbsthilfegruppen, die Zugang zu einer Patientenzielgruppe versprechen und lässt sein Produkt durch deren Glaubwürdigkeit, Prestige oder Engagement „mittragen“. Dabei sind die Informationswege, auf denen Ärzte und Selbsthilfegruppen ausgestattet werden, vielfältig: Durch Vorträge von Fachleuten, Seminare und kontinuierliche persönliche Kontakte sichern sich Pharmaunternehmen ihren immer größer werdenden Einfluss auf die Patienten und umgehen so das in Deutschland

herrschende Werbeverbot für Arzneimittel außerhalb von Fachkreisen. Im Gegenzug fließen finanzielle Mittel, Hilfen bei der Professionalisierung der Pressearbeit oder andere Zuwendungen, die den Selbsthilfegruppen verständlicherweise für ihre oft schwierige und zeitaufwändige Arbeit willkommen sind.

Die Journalisten Erika Feyerabend und Klaus-Peter Görlitzer haben für die Ersatzkassen das Thema „Pharmasponsoring in der Selbsthilfe“ aufgearbeitet und eine sehr informative Broschüre erstellt. Darin widmen sie sich (ohne erhobenen Zeigefinger) sowohl den Hintergründen und Zusammenhängen, als auch dem praktischen Umgang mit der Problematik knapper Mittel und verlockender Angebote.

Die Bremer Selbsthilfekontaktstelle Netzwerk Selbsthilfe hat sich in ihrer letzten Plenumsitzung der Selbsthilfegruppen mit dem Thema „Sponsoring“ beschäftigt und die Broschüre empfohlen. Auch die Kontaktstelle Bremerhavener Topf wird beim nächsten Treffen ihrer angeschlossenen Gruppen die Broschüre vorstellen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Bremen begrüßt die Herausgabe der Informationsbroschüre der Ersatzkassen. „Als Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Bremen ist es mir wichtig, die Selbsthilfegruppen über dieses Thema zu informieren. Glaubwürdigkeit und Neutralität sind wertvolle Attribute der Selbsthilfe und gerade sie stehen auf dem Spiel, wenn der Umgang mit dem Sponsoring unkritisch ist“, so Matthias Weinert, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Bremen.

Die Broschüre kann in gebundener Form beim Ersatzkassenverband angefordert werden (Tel. 0421-16565-76, Fax 0421-16565-99) und ist als pdf-Datei unter www.vdak-aev.de/LVen/BRE zu finden.



KURZ GEMELDET

- Seit 1. Juli haben alle gesetzlich Versicherten vom 35. Lebensjahr an alle zwei Jahre Anspruch auf ein **Hautkrebs-Screening**. Es beinhaltet die Anamnese (Fragen nach Veränderungen oder Beschwerden der Haut) sowie die Ganzkörperinspektion der Haut. Durchgeführt werden kann das Screening von Allgemeinärzten, Internisten und Dermatologen nach erfolgter Teilnahme an einem zertifizierten Fortbildungsprogramm. Besteht ein Verdacht auf Hautkrebs, wird dieser durch eine(n) Dermatologin/Dermatologen abgeklärt.
- Bis zum **15. September** können **Selbsthilfegruppen** ihre Anträge auf Pauschalkosten bei den Krankenkassen einreichen, um an der zweiten Vergaberunde der für 2008 zur Verfügung stehenden Mittel teilzunehmen. Anträge auf Projektförderung können weiterhin jederzeit an die Bremer Kassen gestellt werden.
- **Der Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), Josef Hecken**, hat anlässlich der Veröffentlichung des BVA-Tätigkeitsberichts für 2007 noch einmal Stellung zum Fall der Betriebskrankenkasse Delphi und der damit ausgelösten negativen Berichterstattung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen genommen. Mit Hilfe des Vorstandes hatten die Verwaltungsräte der BKK Delphi haarwuchsfördernde Mittel, Viagra und weitere Vergünstigungen auf Kosten der Kasse erhalten. Als Konsequenz dieser durch das BVA aufgedeckten Machenschaften wurde Strafanzeige erstattet und der Vorstand der Kasse sowie der Verwaltungsrat ihrer Ämter enthoben. Dazu Josef Hecken: „Die hier bei einer kleinen Kasse an den Tag gelegte **Selbstbedienungsmentalität ist allerdings in keiner Weise kennzeichnend für die Verhältnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung**. Insoweit bedauere ich, dass durch einige Presseberichte ein gegenteiliger Eindruck erweckt wurde. Erst recht bedauere ich, dass – ausgelöst durch einen Bericht des Bundesrechnungshofes der auf unseren Feststellungen basiert – im gleichen Atemzug die Höhe der Vorstandsvergütungen thematisiert und damit Dinge miteinander verwoben wurden, die in keinem Zusammenhang stehen. Vorstände und Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen gehen fast ausnahmslos mit den ihnen anvertrauten Beiträgen der Versicherten verantwortungsvoll um und leisten gute Arbeit.“

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de