# S (C)



## **Disease-Management - Bremen Vorreiter**

Seit April werden in Bremen alle sechs DMP umgesetzt

Eine zunehmende Zahl von Menschen leidet heute an chronischen Krankheiten, die, wenn sie nicht konsequent medizinisch betreut werden, zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen können. Disease-Management-Programme oder "Strukturierte Behandlungsprogramme" sollen die Behandlung chronischer Krankheiten optimieren und den Betroffenen zu einem besseren Umgang mit ihrer Krankheit verhelfen.

Bremen hat inzwischen eine Vorreiterrolle bei den Disease-Management-Programmen übernommen. Das DMP Diabetes-Typ-2 läuft bereits seit Sommer 2003, gefolgt von den DMP für Brustkrebs in 2004 und Koronare Herzkrankheit in 2005. Für die Teilnahme an einem dieser laufenden DMP haben sich inzwischen rund 16.000 Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen in Bremen entschieden. Seit April können sich Patienten auch in die Programme für Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Diabetes-Typ-1 einschreiben.

### In dieser Ausgabe:

- Landesbasisfallwert 2006
- Public Health und Pflegeforschung in Bremen
- Gespräch mit Prof. Petra Kolip

Direktorin des IPP in Bremen

- Elektronische Gesundheitskarte
- Studie zu Zahnersatzleistungen

Privatabrechnungen der Zahnärzte nehmen zu

Auslöser für die Einführung von Disease-Management-Programmen war ein Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ergebnis der Expertise war, dass die



medizinische Versorgung zu unkoordiniert verläuft. Besonders bei den chronischen Erkrankungen sei eine wesentlich bessere Versorgung zu erreichen, wenn man die Eckpunkte Leitlinien, Compliance und Koordination beachtet – lautete das Fazit der Wissenschaftler.

Entsprechend basieren auf dieser Erkenntnis die ausgearbeiteten Disease-Management-Programme:

- Leitlinien auf die sich die Behandlung stützt,
- Compliance die aktive Mitarbeit der Patienten,
- Koordination zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten.

### **Beispiel Diabetes und Asthma**

Von der Anzahl der Betroffenen fällt besonders das Krankheitsbild Diabetes auf. An dieser Erkrankung leiden in Deutschland rund 6 Millionen Menschen. Der häufigere Typ-2-Diabetes wurde früher als Altersdiabetes bezeichnet, da er in der Regel nur bei älteren Menschen auftrat. Heute leiden zunehmend auch übergewichtige Kinder und Jugendliche an dieser Stoffwechselerkrankung. Fachleute rechnen damit, dass die Zahl der Typ-2-Diabetiker in den nächsten Jahren aufgrund schlechter Ernährungsgewohnheiten und mangelnder Bewegung noch weiter steigen wird.

Die Gefahr bei Diabetes ist, dass Spätkomplikationen, wie beispielsweise Schäden an Nieren, Augen, Nerven und Gefäßen, nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Für den Patienten kann dies schlimme Folgeschäden bis hin zur Amputation

oder Blindheit haben. Eine regelmäßige Untersuchung von Blutwerten, Augen- und Fußuntersuchungen sowie Patientenschulungen ist daher unerlässlich, wenn diese Folgen der Stoffwechselerkrankung vermieden werden sollen.

Der Qualitätsbericht zu den Bremer DMP zeigt hier bereits eine deutliche Verbesserung. Während im ersten Berichtsjahr bei 4,5 Prozent der Patienten Folgeerkrankungen neu aufgetreten sind, war dies im zweiten Berichtsjahr nur noch bei 3 Prozent der Patienten der Fall.

Asthma bronchiale ist eine chronische Erkrankung, die besonders dadurch auffällt, dass etwa zehn Prozent der Betroffenen Kinder sind. Es ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter.

Durch eine abgestimmte Basistherapie und eine gute Anfallsbehandlung sind die Beschwerden von Asthmatikern allerdings gut unter Kontrolle zu halten. Vorbeugende Maßnahmen spielen auch hier eine große Rolle. Daher sind Schulungen im Umgang mit der Krankheit – besonders für betroffene Kinder und Jugendliche – sehr wichtig. Diese Schulungen sind Teil des DMP-Asthma, an dem bereits Kinder ab 5 Jahren teilnehmen können.

### Die Krankheit "managen"

Bei chronischen Erkrankungen kommt es besonders auf eine stetige medizinische Kontrolle und einen gut angeleiteten Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung an. Die Behandlung selbst basiert im Rahmen der DMP auf anerkannten, hohen Stan-

### DER KOMMENTAR

# Landesbasisfallwert Gute Planung ist die Basis

Voraussetzung für die Wirtschaftlichkeit der Kliniken ist eine Krankenhausplanung, die das Versorgungsangebot von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen bereinigt und eine sinnvolle Verteilung von Schwerpunkten und Kompetenzen ermöglicht. Die begonnene Neustrukturierung der kommunalen Krankenhäuser in Bremen muss daher auch nach dem Weggang von Wolfgang Tissen, dem bisherigen Geschäftsführer der Klinik-Holding Gesundheit Nord, stringent fortgeführt werden. Dabei muss allerdings die gesamte stationäre Versorgungssituation Bremens berücksichtigt werden, um ein stimmiges Gesamtkonzept zu finden, mit dem Bremens Krankenhäuser qualitativ und wirtschaftlich gut positioniert sind. Gleiches gilt für Bremerhaven. Innerhalb der "DRG-Konvergenzphase" bis 2009 die notwendige Umstrukturierung in Bremen und Bremerhaven zu verschlafen, würde das Land teuer zu stehen kommen.



dards. Dazu gehört auch eine gute Kooperation zwischen Haus-, Facharzt, Schwerpunktpraxen und Kliniken.

Disease-Management – also das "Managen" oder "Umgehen" mit einer Krankheit soll auf einem hohen Niveau das zusammenbringen, was das Gesundheitssystem für den Patienten zu bieten hat, ohne dass es im Ablauf zu Reibungsverlusten

kommt. Wichtig ist dabei die aktive Mitarbeit der Patienten durch die Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen, Ernährungsseminaren und Schulungen im Umgang mit der Krankheit. Aufgabe der Disease-Management-Programme ist es, in allen Aspekten der Versorgung Standards und abgestimmte Strukturen zu setzen, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern sowie Spätfolgen und unnötige Folgekosten zu vermeiden.

# Landesbasisfallwert 2006 für Bremer Krankenhäuser

Die Bremer Krankenkassen haben sich mit der Krankenhausgesellschaft auf den Landesbasisfallwert für 2006 geeinigt. Im Verhandlungsergebnis, das ohne Anrufen der Schiedsstelle erreicht werden konnte, wurde ein Landesbasisfallwert von 2.849,57 Euro abgeschlossen, was eine Absenkung um 16,43 Euro gegenüber dem Landesbasisfallwert in 2005 bedeutet, dessen Ergebnis damit um Fehleinschätzungen in einzelnen Kostenbereichen bereinigt wurde.

Mit diesem Verhandlungsergebnis rückt Bremen näher an die Landesbasisfallwerte, die bisher in den Ländern Niedersachsen (2.756,03 Euro) und Brandenburg (2.642,56 Euro) abgeschlossen wurden, heran. Es ist damit absehbar, dass das im Vergleich hohe Kostenniveau Bremens (fünfthöchster Landesbasisfallwert in 2005) sich in 2006 näher am Bundesdurchschnitt orientieren wird.

Auf Grundlage des neuen Landesbasisfallwertes werden jetzt Budgetverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern geführt, die bis 2009 in der konsequenten Anwendung des Landesbasisfallwerts für alle Häuser münden wird. Innerhalb dieser "Konvergenzphase" sollen die Kliniken ihren Betrieb so weit umstellen, dass am Ende eine Leistung in allen Krankenhäusern des Bundeslandes zum selben Preis durchgeführt werden kann.

# Public Health und Pflegeforschung in Bremen

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Bremen ist einer der wenigen Public Health-Standorte, die sich nach anfänglicher Förderung durch das Bundesgesundheits- und das Bundesforschungsministerium etablieren konnten. Das fachübergreifende Institut an der Universität Bremen bündelt gesundheits- und pflegewissenschaftliche Kompetenzen und versteht sich als Transfereinrichtung zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis. Anfang des Jahres hat sich das IPP nach dem ersten Jahr seines Bestehens in einer Auftaktveranstaltung der Öffentlichkeit vorgestellt.

Hervorgegangen ist das IPP aus dem Zentrum für Public Health (ZPH), das ein solides Fundament für die Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Bremer Uni gründen konnte, dessen Strukturen allerdings eine institutsübergreifende Arbeit erschwerten. Die einzelnen Mitglieder gehören nun nicht mehr unterschiedlichen Instituten an, sondern bilden unter dem Dach des IPP eine eigenständige Einheit. Geschäftsführende Direktorin des IPP ist Prof. Petra Kolip, Mitglieder des Direktoriums sind Prof. Gerd Glaeske und Prof. Stefan Görres.

Gegliedert ist das IPP in die Bereiche Gesundheitsforschung mit den Abteilungen

- Versorgungs- und Arzneimittelanwendungsforschung und
- · Prävention und Gesundheitsförderung

und den Bereich Pflegeforschung mit den Abteilungen

- Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung und
- Qualifikations- und Curriculumsforschung.

Dem wissenschaftlichen Beirat des IPP gehören Prof. Christel Bienstein von der Universität Witten-Herdecke, Prof. Klaus Hurrelmann von der Universität Bielefeld, Prof. Adelheid Kuhlmey von der Charité Berlin, Prof. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld, Christoph Straub vom Vorstand der Techniker Krankenkasse und Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagment der Universität Duisburg-Essen an.

Weitere Informationen über das Institut für Public Health und Pflegeforschung sind im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de zu finden. **Gesundheitswissenschaften** (oder englisch public health) haben sich seit Anfang der 1990er Jahre in Deutschland etabliert. Beide Begriffe werden synonym verwendet, wobei eine Tendenz zum Begriff public health auszumachen ist; nicht zuletzt wegen der englisch-sprachigen Dominanz in der Literatur und dem Vorsprung in der anglo-amerikanischen Forschung.

Public Health ist interdisziplinär, anwendungsbezogen und empirisch und versucht, medizinische, soziologische, verhaltenswissenschaftliche und ökonomische Aspekte bei der Frage nach der besten gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung zu verbinden. Im Vordergrund steht nicht die individuelle Gesundheit einer Person, sondern der gesundheitliche Status einer Bevölkerung. Forschungsinteresse ist die Identifikation von Risikofaktoren (genetische, klinische, soziale) und die Analyse und Evaluation von Versorgungsstrukturen (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege).

Die Gesundheitswissenschaften sind daher nicht Bestandteil oder Teildisziplin der Medizin, sondern sind eine eigenständige Wissenschaft.

# Gespräch mit Prof. Petra Kolip, Direktorin des IPP in Bremen



Frau Kolip, in welcher Weise bringt das IPP die Ergebnisse seiner Arbeit in die Kommunikationsund Entscheidungsprozesse des Gesundheitswesens ein?

Das IPP ist sehr darum bemüht, die eigenen Ergebnisse in Praxis und Politik zu transportieren. Wir tun das als Expertinnen und Experten in Anhörungen, als Mitglieder von Enquetekommissionen oder Beiräten – beispielsweise der Bundeszentrale für ge-

sundheitliche Aufklärung – oder, wie Prof. Gerd Glaeske, als Mitglied des Sachverständigenrates. Zu gesundheitspolitisch relevanten Fragen melden wir uns zu Wort, sei es, dass wir Tagungen und Kolloquien veranstalten, wie im vergangenen Jahr zum

Präventionsgesetz, oder dass wir zu diesen Themen publizieren.

▼ Ein zentraler Bereich Ihrer Arbeit ist die Versorgungsforschung. Wird diese inzwischen ausreichend in die politische Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen?

Leider nein. Die Versorgungsforschung erhält erst langsam Aufmerksamkeit und erst langsam verändern sich die Strukturen. Ich bin optimistisch, dass durch einige Reformprojekte und neue Institutionen, wie das IQWiG (siehe Stichwort), etwas in Bewegung gekommen ist, aber bis die Versorgungsforschung angemessen berücksichtigt wird, wird noch einige Zeit ins Land gehen.

# Was sind die aktuellen Forschungsprojekte und -vorhaben des IPP?

▲ Im IPP werden sowohl pflege- als auch gesundheitswissenschaftliche Projekte durchgeführt. Die pflegewissenschaftlichen Projekte beziehen sich unter anderem auf die Ausbildung in der Pflege: Was braucht das Pflegepersonal, um auf die sich ändernden Anforderungen gut vorbereitet zu sein? Ein weiteres geplantes Projekt, das im Rahmen einer Pilotphase starten wird, begleitet die Umstrukturierung der Bremer Krankenhäuser unter Qualitätsgesichtspunkten. Schwerpunkte der gesundheitswissenschaftlichen Projekte sind zum einen Projekte der Arzneimittelversorgung mit der Frage, wo sich Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden lassen. Zum anderen führen wir Evaluationsstudien im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten durch. Und schließlich gehen wir in mehreren Projekten der frauengerechten Gesundheitsversorgung nach. Hier führen wir beispielsweise gemeinsam mit der Universität Osnabrück und der Fachhochschule Osnabrück die wissenschaftliche Begleitforschung des Hebammenkreißsaals in Bremerhaven durch.

### Wie arbeiten Sie mit der Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung an der Uni Bremen und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) zusammen?

Es bestehen enge Kontakte zur Koordinierungsstelle. Derzeit wird ein gemeinsames Projekt zum Thema Hormontherapie in den Wechseljahren durchgeführt. Auch das bereits erwähnte Projekt in Bremer Kliniken wird gemeinsam mit der Koordinierungsstelle geplant. Mit dem BIPS gibt es ebenfalls punktuelle Kooperationen. So ist das BIPS an einem unserer Forschungsprojekte beteiligt, in dem es um die Evaluation ernährungs- und bewegungsbezogener Präventionsangebote im Kindes- und Jugendalter geht.

# ■ Besteht eine Zusammenarbeit mit anderen Zentren für Public Health in Deutschland?

Public Health hat sich in Deutschland seit Ende der 1980er-Jahre entwickelt, und seit dieser Zeit bestehen gute Kontakte zwischen den Zentren. Die "Szene" ist klein und überschaubar und es gibt viele Berührungspunkte, sei es in Bezug auf Forschungsthemen – so arbeitet das IPP in einem der bereits erwähnten Evaluationsprojekten die Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld mit -, sei es in Bezug auf die Lehre. Wir pflegen eine enge Kooperation, indem wir uns zum Beispiel wechselseitig in Lehrveranstaltungen einbinden.

### ▼ In welchen Feldern gibt es eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und wie planen Sie den Transfer zwischen IPP und Kassen zukünftig zu gestalten?

Im IPP werden einige Projekte durchgeführt, die von den Krankenkassen finanziert werden. Der Prozess ist wechselseitig: Häufig treten Kassen mit bestimmten Fragestellungen an uns heran, und wir erarbeiten ein Forschungskonzept. Zum anderen entwickeln wir häufig Forschungsfragen, von denen wir denken, dass sie für Krankenkassen interessant sind. Dies betrifft zum Beispiel ein GKV-finanziertes Projekt zum Thema Kaiserschnitt. Dieser Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis ist uns wichtig, da wir so unser wissenschaftliches Know How für die Beantwortung praxisrelevanter Fragen zur Verfügung stellen können. Die Rückkoppelung der Ergebnisse an die Kassen ist dabei für uns selbstverständlich.

### STICHWORT

# IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag der Gesundheitsreform vom 2003 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (Gremium der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser) das IQWiG in Form einer privaten Stiftung errichtet. Dem Institut obliegt die wissenschaftliche Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Dazu gehört die Bewertung von Behandlungsleitlinien, die Abgabe von Empfehlungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie die Herausgabe von Patienteninformationen.

Auf der Internetseite www.gesundheitsinformation.de bietet das IQWiG wissenschaftlich fundierte Information an, die auch für Laien verständlich formuliert ist.

# Bremen testet die elektronische Gesundheitskarte

Man sieht der unscheinbaren Plastikkarte ihre Bedeutung nicht an, aber sie ist der Schlüssel zu einem ehrgeizigen Projekt, durch das zukünftig alle Partner im Gesundheitswesen verbunden sein werden – durch sie wird sich das Gesundheitswesen in Deutschland verändern. Wenn ab 2006 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) die bisherige Krankenversichertenkarte schrittweise ersetzt, wird sie, angefangen vom papierlosen Rezept, ihre Funktionen bis zur elektronischen Patientenakte erweitern und damit eine völlig neue Grundlage für die ärztliche Behandlung und die Kommunikation aller Beteiligten schaffen.

Die Anwendungen der eGK unterscheiden sich in sogenannte Pflichtanwendungen und weitere freiwillige Anwendungen, in denen es sich um persönliche Gesundheitsdaten handelt.

Die Pflichtanwendungen umfassen die administrativen Funktionen – Versichertendaten, die sich auch jetzt bereits auf der Krankenversichertenkarte befinden: Name, Alter, Versicherungsstatus, Krankenkasse und Geburtsdatum. Neu hinzukommen werden die Europäische Krankenversicherungskarte und das elektronische Rezept. Diese Pflichtanwendungen werden für jeden Versichten wirksam werden. Bei den medizinischen Funktionen, den freiwilligen Anwendungen, wie Notfalldatensatz, Arzneimittelsicherheitsüberprüfung, Patientenquittung, Arztbrief und Patientenakte treffen die Versicherten selbst die Entscheidung darüber, ob diese Daten gespeichert werden sollen.

### **E-Rezept**

Begonnen wird zunächst mit dem elektronischen Rezept: Die Verordnung des Arztes wird zukünftig nicht mehr auf dem Rezeptblatt ausgestellt, sondern über die eGK und den neuen elektronischen Arztausweis, der parallel zur eGK eingeführt wird, wird das Rezept elektronisch übermittelt. Dies bedeutet zum einen den papierlosen Ablauf, zum anderen ermöglicht diese Funktion der Karte, dass Versicherte freiwillig abspeichern lassen können, welche Medikamente verordnet wurden. Das wird für eine höhere Sicherheit in der Verordnung von Arzneimitteln sorgen, da der Arzt bei

seiner Verordnung mögliche negative Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten berücksichtigen kann.

### **Elektronische Patientenakte**

In einigen Jahren wird es möglich sein, alle relevanten Behandlungsdaten abrufbar zu machen, sofern der Versicherte dem zustimmt. Die sogenannte elektronische Patientenakte wird dann beispielsweise dazu beitragen, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden, da auch Röntgenbilder und andere umfangreiche Daten über einen Server erschlossen werden können. Der Arzt wird Zugang zu wichtigen medizinischen Informationen über seinen Patienten haben, die er sich mit seiner eigenen Zugangslegitimation, der Health Professional Card (HPC) erschließt. Die Funktion eines Schlüssels zur Patientenakte wird die eGK jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt übernehmen.

### **Telematik-Infrastruktur**

Bis zur Einführung der neuen eGK muss in ganz Deutschland eine Telematik-Infrastruktur entstanden sein, die sämtliche Anwendungen der eGK möglich macht, indem sie alle Beteiligten vernetzt und gleichzeitig hohe Sicherheits- und Datenschutzstandards berücksichtigt. Das System muss zuverlässig, die Daten kompatibel und die Anwendung muss möglichst einfach sein, damit die Akzeptanz aller Beteiligten hoch ist. Als Basis für den reibungslosen Ablauf müssen zuvor unterschiedliche Organisationen und Systeme harmonisiert werden und es muss

### GEMATIK

gematik GmbH nennt sich die Betriebsorganisation, die von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens im Januar 2005 gegründet wurde. Ihre Aufgabe ist die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der zugehörigen Telematikanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Die gematik entwickelt die für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte notwendigen übergreifenden IT-Standards für den Aufbau und den Betrieb einer gemeinsamen Kommunikations-Infrastruktur aller Beteiligten.

die Möglichkeit geben, Schwachstellen zu entdecken um Verbesserungen vornehmen zu können.

Es wird daher noch in diesem Jahr in acht Testregionen begonnen, die Anwendung der Karte anhand des elektronischen Rezepts zu testen. Verantwortlich für die Konzeption, den Aufbau und den Betrieb der gesamten Telematikinfrastruktur ist die gematik mbH, eine Gesellschaft sämtlicher relevanter Spitzenorganisatio-

nen des Gesundheitswesens auf Bundesebene. In den nächsten Monaten wird die gematik zusammen mit den 8 Testregionen ein Gesamtkonzept für die Testung der eGK vorlegen. Darin werden die genauen Anforderungen und Aufgaben der vierstufigen Erprobungsphase beschrieben sein.

Die erste Phase des Tests wird noch zentral von der gematik durchgeführt. In einem sogenannten "Labortest" werden Technik, Schnittstellen und Sicherheit des Systems anhand von Testdaten geprüft. Die zweite Phase findet dann bereits in den Testregionen statt. In einer Musterumgebung werden typische Funktionen einer Arztpraxis, einer Apotheke und eines Krankenhauses simuliert und darin praktische Anwendertests mit Testdaten durchgeführt, die bereits regionale Besonderheiten abbilden.

### Testregionen für die elektronische <u>Gesundh</u>eitskarte

Bochum-Essen (Nordrhein-Westfalen) Bremen (Bremen) Flensburg (Schleswig-Holstein) Heilbronn (Baden-Württemberg) Ingolstadt (Bayern) Löbau-Zittau (Sachsen) Trier (Rheinland-Pfalz) Wolfsburg (Niedersachsen)



### **Testregion Bremen**

Bremen ist eine der vom Bundesministerium für Gesundheit ausgewählten Testregionen für die elektronische Gesundheitskarte. Hier werden in der dritten Testphase bis zu 25 niedergelassene Ärzte, 3 bis 5 Apotheken und ein Krankenhaus an einem Probelauf mit zunächst 10.000 Versicherten teilnehmen. Getestet wird, ob die bundesweit einheitliche Infrastruktur richtig konzipiert wurde, oder ob sich beim Praxistest anhand des elektronischen Rezepts Fehler bei der Technik, den Strukturen, oder den Abläufen zeigen.

In der vierten Phase werden die Tests in drei Regionen auf bis 100.000 Versicherte und weitere Leistungserbringer erweitert. Ob Bremen diesen Teil des Projekts durchführen wird, entscheidet sich nach der dritten Testphase.

Die Bremer Initiative Telematik (BIT), ein Zusammenschluss der Bremer Kostenträger und Leistungserbringer in Kooperation mit dem Gesundheitsressort der senatorischen Behörde, hat die erfolgreiche Bewerbung Bremens als Testregion initiiert. Das Projektbüro wird jetzt den Testablauf und die Zusammenarbeit aller Beteiligten koordinieren und begleiten.

Weitere Informationen zum Thema unter www.die-gesundheitskarte.de

### Studie zu Zahnersatzleistungen:

# Privatabrechnungen der Zahnärzte nehmen zu

Das Festzuschuss-System bei Zahnersatzleistungen, das seit Januar 2005 für gesetzlich Krankenversicherte gilt, hat dazu geführt, dass Zahnärzte vermehrt Leistungen privat abrechnen. Zu diesem Ergebnis kommt eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im März vorgelegten Studie. Der Anstieg der privat abgerechneten Leistungen ist deutlich sichtbar und macht mittlerweile 62 Prozent der zahnärztlichen Honorare aus. Die Zuschüsse der Krankenkassen pro Leistungsfall sind hingegen nahezu gleich geblieben.

Wo die neuen Richtlinien bei bestimmten Brückenund Kombinationsversorgungen beispielsweise nur noch herausnehmbaren Zahnersatz vorsehen, hat der Zahnarzt seit 2005 die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz (Brücken) nach den höheren Privatsätzen abzurechnen. Wenn Patienten aus Kostengründen auf medizinisch notwendigen Zahnersatz verzichten und Zahnlücken nicht geschlossen werden, droht nach Ansicht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eine Verschlechterung der Zahngesundheit. Der Gesetzgeber sollte den Krankenkassen daher die Möglichkeit geben, Leistungen für die Patienten günstiger einzukaufen, als dies für die einzelnen Patienten durch die Anwendung der privaten Gebührenordnung möglich ist. Alternativ wäre eine Begrenzung des Steigerungsfaktors in der privaten Gebührenordnung der Zahnärzte sinnvoll, damit für alle Versicherten der Zahnersatz – auch über die Regelversorgung hinaus – bezahlbar bleibt.

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten den Service, sich nach Aufstellung des Heil- und Kostenplans von ihrer Krankenkasse beraten zu lassen.

### **I**MPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV Benningsenstraße 2-6 · 28207 Bremen

Telefon: 04 21 / 16 56 56  $\cdot$  Telefax: 04 21 / 16 56 5-99 Verantwortlich: Karl Nagel  $\cdot$  Redaktion: Christiane Sudeck

E-Mail: LV\_Bremen@vdak-aev.de

### KURZ GEMELDET

■ Die Internetrecherche mit dem Klinik-Lotsen der Ersatzkassen (www.klinik-lotse.de) ist nochmals verbessert worden. Nachdem anfangs die vergleichende Analyse, beispielsweise nach der Häufigkeit bestimmter Operationen oder nach den Sterblichkeits- und Komplikationsraten wegen is



den Sterblichkeits- und Komplikationsraten wegen unterschiedlicher Datenformate aufwändiger war, sind die von den Krankenhäusern gelieferten Daten jetzt so aufbereitet worden, dass sie in übersichtlichen Grafiken einfach vergleichbar sind.

■ Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) feiert in diesem Jahr 25-jähriges Jubiläum. Als "Pionier der Gesundheitsforschung" lehrt und forscht das BIPS seit 1981 und ist inzwischen eines der führenden epidemiologischen Forschungsinstitute Deutschlands. Langjähriger Direktor des BIPS war Professor Eberhard Greiser. Seit zwei Jahren leitet die Professorin Iris Pigeot-Kübler das Institut, dessen Schwerpunkte die Ursachenforschung, speziell Krebsepidemiologie, Prävention und Klinische Epidemiologie, speziell Pharmakoepidemiologie, sind. Weitere Informationen unter www.bips.uni-bremen.de