

# niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

# ersatzkassen

April 2004

## Kassen reagieren auf Mängel **Neues Prüfkonzept soll Pflegequalität steigern**

Als im Sommer 2001 bekannt wurde, dass in einem Drittel der Pflegeheime in Niedersachsen derartige Mängel herrschen, dass Menschen in Gefahr sind, stand vor allem eine Frage im Raum: Was ist zu tun, damit die Pflegequalität besser wird? In der folgenden Zeit gab es manche Initiativen von politischer Seite und durch die Pflegekassen. Ein wichtiger Schritt nun könnte ein neues Prüfkonzept der Kassenverbände sein, das diese jetzt dem Sozialausschuss des Landtags und vor Journalisten vorgestellt haben. Danach müssen sich die 1.230 Pflegeheime und 1.050 ambulanten Pflegedienste in Niedersachsen ab sofort auf mehr Kontrollen und bei Qualitätsmängeln auf Sanktionen einstellen. Gleichzeitig sollen sie aber stärker durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) beraten werden.

**Mehr Transparenz** – Die Gesamtzahl der Prüfungen wird von bisher zehn bis zwölf auf mindestens 15 Prozent aller Einrichtungen pro Jahr ausgeweitet. Hinzu kommen Anlass- und obligatorische Wiederholungsprüfungen, bei denen an Ort und Stelle festgestellt wird, ob die Einrichtungen die Pflegemängel in einer angemessenen Zeit behoben haben. Spätestens sechs Wochen nach der Prüfung erhalten die Träger der Pflegeeinrichtung einen Abschlussbericht. Wurden Mängel festgestellt, können die Pflegekassen mit einem abgestuften Katalog von Maßnahmen darauf reagieren. Diese reichen von einer Anhörung der Betreiber über Vergütungsrückforderungen bis hin zur fristlosen Kündigung des Versorgungsvertrages. Mehr Transparenz soll herrschen, indem Heimbeiräte, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige, die auf Mängel hingewiesen haben, über das Ergebnis der Prüfung informiert werden. Der MDKN veröffentlicht jährlich einen Prüfbericht, in dem er die wichtigsten Qualitätsdefizite in Niedersachsen darstellt.

**Repräsentativer Querschnitt** Der MDKN prüft bei einer Kontrolle die Pflegequalität bei zehn Prozent der Pflegebedürftigen. Dazu fragen die Gutachter die Menschen, wie zufrieden sie mit der Pflege sind und ergänzen die subjektiven Einschätzungen durch körperliche Untersuchungen. Um einen für die Einrichtung repräsentativen Querschnitt der Versicherten zu erzielen, berücksichtigen die Prüfer Kriterien wie Pflegestufe, bisherige Dauer der Versorgung und besondere Pflegeprobleme wie Dekubitus, Inkontinenz und Diabetes mellitus.

**Beißreflexe der Anbieterverbände** Die Kassen wollen Betreiber und Beschäftigte der Pflegeheime und Pflegedienste für das Vorgehen gewinnen. Um so bedauerlicher sind deshalb die reflexhaften Reaktionen der Anbieterverbände auf die Initiative. Gute Pflege lasse sich nicht herbeikontrollieren, heißt es da via Pressemitteilung. Wer behauptet das eigentlich? Die Pflegekas-

sen selber haben betont, dass die Maßnahmen Hilfestellungen für die Einrichtungen sind – für die Umsetzung, für den Zuwachs an Qualität sind dann aber die Betreiber selber zu-

ständig. Aus dieser Verantwortung kann und will sie niemand entlassen. Außerdem: Mit dem Argument, dass durch Kontrollen alleine nichts besser wird, kann sich jeder überall und zu jeder Zeit der Qualitätssicherung verweigern – das Restaurant in der Frage der Lebensmittelhygiene ebenso wie das Museum beim Brandschutz.

**Hinweis auf „knappes Geld“ irreführend** Auch der offenbar unvermeidliche Hinweis auf knappes Geld hilft nicht weiter: Schließlich sind zwei Drittel der Betreiber sehr wohl in der Lage, mit den vorhandenen Mitteln gute Ergebnisse zu erzielen. Der MDKN hat bei der Vorstellung des Konzeptes noch einmal deutlich darauf hingewiesen, dass bei den geprüften Einrichtungen kein statistischer Zusammenhang zwischen Mängelliste und der jeweiligen Vergütungshöhe besteht. Qualität hat also offensichtlich auch etwas mit der Organisation eines Hauses zu tun. Die Anbieterverbände sollten sich dieser Diskussion nicht verschließen. Immerhin vertreten sie nicht nur die Minderheit von Betreibern, bei denen Verbesserungsbedarf besteht, sondern auch die Mehrheit derjenigen, die bereits heute gute Ergebnisse erzielen.

**Dialog verweigert** Die Anbieterverbände haben den Dialog über das Konzept verweigert, indem sie eine entschuldigte Verspätung von wenigen Minuten zum Vorwand nahmen, den Gesprächstermin mit den Pflegekassen platzen zu lassen. Wer meint, mit solchen Spielchen die Sorge um den Schutz von Pflegebedürftigen abtun zu können, senkt nicht nur das Niveau der Auseinandersetzung in bedenklichem Maß, sondern wird vor allem der Ernsthaftigkeit des Themas nicht gerecht. ■



Mehr Kontrollen, aber auch mehr Beratung: Jörg Niemann (2. von rechts), Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, erläuterte bei der gemeinsamen Pressekonferenz der Verbände der gesetzlichen Pflegeversicherung und des Medizinischen Dienstes die Grundzüge des neuen Konzeptes.

## Abkassieren bei der Vorsorge, „Wartelisten“ Zahnarztfunktionäre arbeiten eifrig an ihrer Abschaffung

Während manche Frage nach Vorlage des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) noch offen war, stand eines außer Zweifel: Vorsorgeuntersuchungen sind auch künftig von Zuzahlungen befreit. Diese Regelung entsprach nicht irgendwelchen spitzfindigen juristischen Auslegungen, sondern war ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers und wurde von keinem Beteiligten ernsthaft bezweifelt. Gleichwohl informierte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) die Vertragszahnärzte per Anlage zum Rundschreiben Nr. 12/2003 vom 15.12. 2003, dass die Praxisgebühr von volljährigen GKV-Versicherten „ausnahmslos“ zu kassieren sei.

**Schiedsamt ignoriert** Wer nun gedacht hätte, dass sich die niedersächsischen Zahnarztfunktionäre durch das Bundesschiedsamt und Klarstellungen ihrer eigenen Bundesvereinigung zur Besinnung bringen

ließen, sah sich getäuscht. Vier Tage nach der Schiedsgerichts-Bestätigung, dass zwei Kontrolluntersuchungen im Jahr zuzahlungsfrei sind, hieß es am 12. Januar in einer KZVN-Information, die Entscheidung über den Einzug der Gebühren bei der Vorsorge bleibe „den Praxen überlassen“. Schließlich erwäge das Bundesgesundheitsministerium noch, den Schiedsspruch zu beanstanden. Diese Begründung ist insoweit hanebüchen, als die Kritik des Ministeriums überhaupt nichts mit der Vorsorge zu tun hatte. Vielmehr sah es das Inkassorisiko beim Einzug der Praxisgebühr zu schnell auf die Kassen abgewälzt. Erst mehr als einen Monat nach In-Kraft-Treten des Gesetzes gab die KZVN dem öffentlichen Druck nach und informierte die Vertragszahnärzte korrekt über die Bestimmungen.

**Blockade-taktik** Auf der Strecke sind die Patienten geblieben, bei denen zu Unrecht abkassiert wurde. Bis heute hat die KZVN die Zahnärzte nicht an-

gewiesen, den Patienten dieses Geld zu erstatten. Wenn die Leistungserbringer von der Praxisgebühr doch angeblich gar nichts haben, wie die Funktionäre nicht müde werden zu behaupten, dürfte es eigentlich ja auch keinen Grund geben, die Beträge einzubehalten. Letztendlich sind es mal wieder ideologische Blockadespielchen, die die KZVN zu Lasten der Patienten treibt.

**„Wartelisten“ für Kunden** Ein weiteres Beispiel: die Kieferorthopädie. Nach einer Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung fühlten sich einige Kieferorthopäden, die in der Vergangenheit selbst für zahnärztliche Verhältnisse glänzend verdient haben, offensichtlich derart unterbezahlt, dass sie ihre Patienten nicht mehr oder nur sehr verzögert auf Chipkarte behandeln mochten. Und zwar mit Deckung der KZVN, die, zur Erinnerung, für die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung in Niedersachsen verantwortlich ist. „Privatpatienten erhalten früher einen Termin“, tönte es in einer Pressemitteilung. Alle anderen müssten sich auf „medizinisch betreute Wartelisten“ einstellen. Offenkundiger kann man die eigene Kundschaft wohl nicht verhöhnen. Wofür wird die KZVN eigentlich von der Versicherungsgemeinschaft bezahlt, wenn Leistungen verweigert oder nur behelfsmäßig angeboten werden? Sicherstellung, das ist

nun oft genug gerichtlich festgestellt worden, bedeutet mehr als eine Notversorgung.

**Kostenerstattung birgt Risiken** Kein einziges Wort verlieren die Zahnarztfunktionäre übrigens darüber, dass gesetzlich Krankenversicherte, die Kostenerstattung wählen, sich laut Sozialgesetz ein Jahr für den gesamten ambulanten Bereich daran binden – und damit bei jedem Praxisbesuch Gefahr laufen, die Differenz zwischen Arzt- bzw. Zahnarztrechnung und Kassenerstattung selber zu tragen. Viel deutlicher kann die Zahnärzteschaft wohl kaum zeigen, dass sie ihren finanziellen Begehrlichkeiten absoluten Vorrang gegenüber dem Schutz der Patienten vor Überforderung einräumt.

**Unselige Tradition wird fortgesetzt** Die Zahnärzteschaft setzt eine unselige Tradition fort, indem sie ihr Eigeninteresse im Zweifel höher gewichtet als geltendes Recht und Patientenwohl. Die Zahnarztfunktionäre arbeiten damit munter daran, sich überflüssig zu machen. Wenn sie ihren öffentlichen Auftrag bei der Umsetzung von Gesetzen nicht mehr wahrnehmen, wenn sie ihre vertragliche Pflicht, nämlich die Garantie der Sicherstellung, nicht oder nur eingeschränkt erfüllen, verlieren ihre Ämter die Existenzberechtigung. Die Argumente für die Abschaffung der KZVN liefert die KZVN selbst. ■

**Tag für Tag ...**

...wird in Niedersachsen ein neuer Heilmittelerbringer zugelassen. Die Zahl der Anbieter ist seit vergangenem Frühjahr von 5.513 auf 5.878 gestiegen. Für Heilmittelerbringer besteht keine Bedarfsplanung: Jeder Anbieter, der über entspre-

chende Qualifikation und Praxisräumlichkeiten verfügt, kann Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Zu den Heilmittelerbringern gehören Krankengymnasten, Masseur, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen.

**Brustkrebs**

**Neue Behandlungsprogramme starten im Juni**

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jedes Jahr sind rund 46.000 Frauen betroffen, 17.000 sterben daran. Wissenschaftler haben immer wieder gefordert, die Versorgung zu verbessern. Gründe genug, alle Anstrengungen dafür zu unternehmen. Die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen haben deshalb mit Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft einen Vertrag über strukturierte Behandlungsangebote (Disease-Management-Programme – DMP) geschlossen. Voraussichtlicher Start ist der 1. Juni. Die Ersatzkassenverbände ermutigen Patientinnen, die Chance für eine verbesserte Behandlung zu nutzen und an den Programmen teilzunehmen. Spezielle Angebote für chronisch Kranke gibt es in Niedersachsen seit rund neun Monaten auch bei der Diabetes-Therapie (Typ 2).

die Patientin mehr Transparenz über den Therapiestand und weitergehende Angebote bekommen. An den Programmen teilnehmen können Frauen mit diagnostiziertem Brustkrebs sowie Patientinnen, bei denen in den zurückliegenden fünf Jahren Brustkrebs festgestellt wurde. Sie schreiben sich bei ihrem Frauenarzt oder einem der teilnehmenden Krankenhäuser in das Programm ein. Die Einschreibung ist für die Patientin freiwillig und kostenfrei.

**Qualität und Transparenz** Ziel der Programme ist eine verbesserte, auf die jeweilige Krankheitssituation abgestimmte Behandlung. Dafür werden niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser enger kooperieren und Qualitätsstandards garantieren. Außerdem soll

**Spezialisierte Krankenhäuser** Zentraler Ansatz ist die Gewährleistung von Qualität. Krankenhäuser müssen sich spezialisieren, um die Patientinnen behandeln zu dürfen: Mindestens zwei qualifizierte und erfahrene Fachärzte stehen zur Verfügung, insgesamt muss das Krankenhaus zunächst 100, in den Folgejahren mindestens 150 Operationen pro Jahr vorweisen. Auch für niedergelassene Ärzte – in der Regel Fachärzte für Frauenheilkunde, in Ausnahmefällen auch Hausärzte – gelten besondere Zulassungsvoraussetzungen: Sie sind fachlich qualifiziert und verpflichten sich, an Fortbildungen und Qualitätszirkeln teilzunehmen.

**Umfassende Information** Wichtig ist, dass der Stand der Erkrankung und die Therapiemaßnahmen laufend dokumentiert werden. So wird sichergestellt, dass sowohl für die Patientin als auch für die behandel-

den Ärzte und Krankenhäuser Transparenz herrscht. Umfassende Informationen für die Patientin über ihre Krankheit und Begleitangebote etwa im psychosozialen und im Selbsthilfebereich runden das Angebot ab. ■

## Gesundheitsreform

# Merkwürdiges Klage lied

100 Tage Schonfrist hatte die Gesundheitsreform nicht. Von der Stunde ihrer Verabschiedung an wurde sie von heftiger Kritik begleitet. Dabei trieb die Diskussion einige merkwürdige Blüten.

**Klagen über soziale Härten** Unsozial sei die Reform, hieß es, weil sozial Schwache durch die neuen Zuzahlungen überfordert würden. Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Zuzahlungen können sich im Monat schnell auf 30, 50 und mehr Euro aufsummieren – für viele Menschen in der Tat Beträge, die an anderer Stelle schmerzlich fehlen. Es muss ein Qualitätsmerkmal des Gesundheitswesens in Deutschland bleiben, dass die Menschen unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Zugang zu notwendigen Leistungen haben. Absonderlich allerdings ist die Rollenverteilung in der Diskussion: Den Zorn zugezogen haben sich die Krankenkassen, die zusammen mit einem Teil der Politik immer wieder davor gewarnt haben, die Versicherten einseitig zu belasten. Auf der Seite der Ankläger stehen ausgerechnet Leistungserbringer und andere Kommentatoren, die immer wieder mehr „Eigenverantwortung“ gefordert haben.

**Klagen über die Praxisgebühr** Wenn Ärzte, Zahnärzte und Pharmaindustrie von der „Eigenverantwortung“ als Zauberformel sprechen, meinen sie damit aber nichts anderes, als die Patienten stärker zu belasten, um Vergütung und Erlöse zu steigern. Es ist pa-

radox, dass nun diejenigen die soziale Karte spielen, deren eigene Vorstellungen von Zuzahlungen und Privatrechnungen noch viel weiter gehen. Es gibt nicht wenige ärztliche Vertreter, die ihren Patienten ausgesprochen gerne so genannte individuelle Gesundheitsleistungen privat in Rechnung stellen, gleichzeitig aber die Praxisgebühr als sozial schändlich geißeln. Damit nähren sie den Verdacht, dass sie vor allem deshalb gegen die Gebühr protestieren, weil damit kein zusätzliches Einkommen verbunden ist.

**Klagen über Um-satzeinbußen** Punkt 2: Praxen klagen über den Rückgang der Patientenzahlen, Taxenunternehmen über Umsatzeinbußen. Schuld sei die Reform wegen der Zuzahlungen bzw. der strengeren Kriterien bei der Erstattung von Fahrkosten. An dieser Stelle ist auf eine einfache Wahrheit hinzuweisen: Wenn die Ausgabenentwicklung wie etwa im Bereich Fahrkosten gebremst werden soll, bedeutet das zwangsläufig auch weniger Fahrten. Die Vorstellung, die gesetzliche Krankenversicherung könne die Umsätze der Taxenunternehmen steigern und gleichzeitig die Beitragssätze senken, ist nicht realisierbar. Auch in dieser Frage sind es häufig ein und dieselben Kommentatoren, die die finanzielle Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft in Frage stellen, dann aber empört aufschreien, wenn konkret gespart wird. Ähnliche Schemen sind übrigens auch in der Diskussion um die Heilmittelrichtlinien erkennbar: Befeuert durch Panikmache der Anbieter ist von Kürzungen und Streichungen zu lesen, obwohl völlig zu Recht versucht wird, bei Verordnungen die medizinische Notwendigkeit in den Mittelpunkt zu stellen.

**Den Klagen standhalten** Es ist ohne Frage Aufgabe der Politik, ernsthaft zu überprüfen, ob Patienten durch die Reform überfordert werden. Aus dem Rückgang der Leistungsmenge aber auf soziale Unverträglichkeit zu schließen, wäre aber falsch. Die Begrenzung der Anzahl von Leistungen ist politisch gewollt und vor dem Hintergrund der partiellen Überversorgung in Deutschland völlig richtig. Die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung soll ausschließlich für das medizinisch Notwendige aufkommen. Der Begriff der Notwendigkeit bezieht sich eben nicht nur auf die Art der Leistungen, sondern mindestens in gleichem Maße auch auf die Menge. Die Reform hat es trotz manch berechtigter Sorge verdient zu zeigen, ob sie in dieser Hinsicht dauerhaft die richtigen Anreize setzt. ■



Meinungsaustausch zwischen den Ersatzkassen in Niedersachsen und der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: Zu einem Gespräch in Berlin trafen sich (v.l.): Georg Schirmbeck MdB, Dr. Hermann Kues MdB, Vorsitzender der Landesgruppe, Hella Schillings, Barmer-Landesgeschäftsführerin, Jörg Niemann, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, Hanno Kummer, VdAK/AEV-Landesvertretung, Dr. Hans Georg Faust MdB, Monika Brüning MdB, Ernst Thiel, Leiter der TK-Landesvertretung, Alfred Semen, DAK-Landesgeschäftsführer, Rita Pawelski MdB. Nicht auf dem Bild: Dr. Maria Flachsbarth MdB, Jochen-Konrad Fromme MdB.

## Kopfprämien-Modell der CDU Richtig gerech(ne)t?

Die Lohnnebenkosten müssen sinken. Während dieses Ziel Politiker verschiedener Couleur eint, ist der Weg dorthin umstritten. Die CDU hat sich für die Krankenversicherung auf ein Kopfprämien-Modell festgelegt, mit dem der Kasensbeitrag vom Arbeitseinkommen abgekoppelt werden soll. Während sich die Finanzierung bisher an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert,

- bezahlt dann jeder Erwachsene einheitlich eine Prämie in Höhe von 200 Euro,
- reduziert sich der (nunmehr ausgezahlte) Arbeitgeberanteil auf 6,5 % und wird besteuert,
- setzt ein Schutz gegen Überforderung bei 15 % des Einkommens ein und
- soll der soziale Ausgleich über Steuern realisiert werden.

Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV hat berechnet, welche Versicherten durch die Umstellung belastet und welche entlastet würden.\*

**Absenkung des Arbeitgeberbeitrags** Bei Familie A. mit einem Jahreseinkommen von 30.000 Euro reduziert sich der Arbeitgeberbeitrag deutlich von 2.100 Euro auf 1.496 Euro. Soll sie nicht stärker belastet werden als bisher, könnte sie maximal die Summe aus ihrem bisherigen Arbeitnehmerbeitrag und dem neuen (verringerten) Arbeitgeberbeitrag aufbringen. Das wären bei Familie A. 3.596 Euro. Demgegenüber steht eine Prämienzahlung von jährlich 4.800 Euro: Da die Beitragszahlung in dem Kopfprämienmodell nicht mehr an Erwerbstätigkeit gekoppelt ist, müssen Familien und Ehepaare die 2.400-Euro-Jahresprämie immer für zwei Personen zahlen.

**Hohe Überforderungsgrenze** Die Überforderungsklausel, ab der der Staat den Prämienanteil übernimmt, setzt erst bei 15 % des Einkommens und damit deutlich über dem heutigen Durchschnittsbeitragsatz an. Außerdem bezieht sich diese Grenze auf das um den Arbeitgeberbeitrag erhöhte Einkommen, wodurch die Grenze real bei fast 16 % liegt – gegenüber der bisherigen durchschnittlichen Beitragsbelastung von 7 % (zuzüglich Arbeitgeberbeitrag) für eine Familie mit einem Erwerbstätigen.

**Fast 1.200 Euro zusätzliche Belastung** Für Familie A. steht also einer Belastung von 4.800 Euro ein beitragsneutrales Finanzvolumen von 3.596 Euro gegenüber. Da die Überforderungsgrenze mit 4.792,50 Euro annähernd der Kopfprämie entspricht, bekommt sie einen staatlichen Zuschuss von 7,50 Euro. Sie muss damit aus eigenem Einkommen eine zusätzliche Belastung von 1.196,50 Euro aufbringen.

**Rentner auf staatliche Hilfe angewiesen** Auch Rentnerehepaare müssen eine deutlich höhere Belastung tragen. Trotz eines staatlichen Zuschusses von 2.403 Euro

betragen die Mehrausgaben für die Krankenversicherung bei einem Einkommen von 15.000 Euro 371 Euro und erhöhen sich bei 20.000 Euro Einkommen auf 495 Euro. Durch die Prämienfinanzierung werden nahezu alle Rentner zu Empfängern staatlicher Unterstützungszahlungen.

**Entlastung für Gutverdiener** Die Kopfprämien führen zugleich zu hohen Entlastungen für ledige Erwerbstätige mit mittleren und höheren Einkommen.

Bei einem Jahreseinkommen von 30.000 Euro zahlen Ledige 987 Euro weniger als bisher, bei einem Einkommen von 40.000 Euro sogar 1.967 Euro. Bei berufstätigen Ehepaaren mit 60.000 Euro Einkommen beträgt die Entlastung 1.974 Euro, bei 60.000 plus 40.000 Euro sind es 3.925 Euro. Diese massive Entlastung wird im Zuge einer sozialpolitisch höchst fragwürdigen Umverteilung durch gravierende Belastungserhöhungen für Familien, Rentnerhaushalte und Versicherte mit geringeren Einkommen finanziert.

**Einheitlich nur auf den ersten Blick** Die Kopfprämie ist in ihrer Wirkung nur auf den ersten Blick einheitlich. Die Prämie wird faktisch durch den ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag reduziert, der sich mit steigendem Einkommen erhöht. In der Konsequenz steht der effektiven Beitragszahlung von 3.296 Euro der Familie A. eine eigene Beitragsleistung von lediglich 1.803 Euro der Doppelverdiener mit einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro gegenüber.

**Beitragsspanne von 2 % bis 11 %** Besonders deutlich wird die Verschiebung, wenn die künftige tatsächliche Belastung des Arbeitnehmers prozentual auf die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens bezogen wird. Danach steigt der Arbeitnehmerbeitrag bei Familie A. von bisher 7 % auf knapp 11 %. Bei dem Rentnerehepaar erhöht sich die Belastung linear auf 9,48 %, da keine Steuern auf die Rente zu zahlen sind. Demgegenüber steht die Beitragsreduzierung eines Ledigen mit 30.000 Euro Jahreseinkommen auf 3,71 % bzw. auf 2,08 % bei einem Einkommen von 40.000 Euro. Für Verheiratete mit zwei Einkommen von insgesamt 100.000 Euro verringert sich der Krankenversicherungsbeitrag auf nur noch 2,2 %.

**Unfreiwillig Bürgerversicherung etabliert** Mit der Kopfprämie hätte sich im Übrigen auch die Diskussion um eine Bürgerversicherung erledigt. Angesichts des Dumping-Beitrages für höhere Einkommen wäre die private Krankenversicherung mit ihren wesentlich höheren Prämien nicht mehr konkurrenzfähig. Es läge eine Ironie darin, wenn ausgerechnet die Gegner der Bürgerversicherung diese durch ihr Prämienmodell faktisch realisieren würden. Allerdings: Das eigentliche Ziel der Bürgerversicherung, die finanzielle Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Solidarität höherer Einkommensbezieher, würde gerade nicht erreicht.

**Höhere Ausgaben belasten untere Einkommen** Das Modell der Kopfprämien zielt auch darauf ab, „die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens nicht (zu) behindern.“ Die aus diesem Ansatz resultierenden Steigerungen der Gesundheitsausgaben werden die Belastungswirkungen weiter verschärfen. So müssen höhere Gesundheitsausgaben durch eine Anhebung der Prämie aufgebracht werden, unabhängig davon, wie sich die Einkommen entwickeln. Da der Steigerungsbetrag für alle in gleichem Maße gilt, werden untere und mittlere Einkommen relativ höher belastet, sofern sie nicht durch die Überforderungsklausel geschützt sind.

**Reduzierte Einkommenszuwächse** Auch bei Einkommenssteigerungen kehrt sich die heutige Situation nahezu um. Da der ausgezahlte Arbeitgeberbeitrag ebenfalls steigt, erhalten Bezieher höherer Einkommen deutlich gesteigerte Nettobezüge, ohne damit stärker zur Finanzierung der Krankenversicherung beizutragen. Die entsprechenden Lohnnebenkosten sinken also nicht, werden aber ihrer sozialen Funktion beraubt. Bei Transferempfängern wird hingegen jede Einkommenserhöhung um 15 % reduziert, da sie auf die staatliche Unterstützung angerechnet wird.

**Solidarisch nur in der Theorie** Eine zentrale Begründung des Konzeptes der Kopfprämien liegt in der vermeintlichen Stärkung der Solidarität. Diese wird mit der Finanzierung des sozialen Ausgleiches über Steuern begründet, da alle Steuerzahler nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit herangezogen würden. Dieser theoretische Ansatz findet jedoch keine Bestätigung in der sozialen Wirklichkeit. Tatsächlich werden höhere Einkommen massiv durch die Prämienfinanzierung und zusätzlich durch die Steuerreform entlastet. Wenn aber höhere Einkommen deutlich entlastet werden, bleibt die modellhaft abgeleitete größere Solidarität eine rein akademische Betrachtung. Das gilt auch für die vermeintlich gerechtere Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder, da diese doch auch bisher ohne zusätzlichen Beitrag erfolgt. Sie soll im CDU-Konzept über die Versteuerung des

Arbeitgeberbeitrags aufgebracht werden, so dass der Familie weniger Geld zur Finanzierung ihrer Krankenversicherung zur Verfügung stehen würde. Damit sind es auch weiterhin ausschließlich die Beitragszahler, die für die Finanzierung aufkommen, allerdings jetzt in ihrer Funktion als Steuerzahler.

**Ausufernde Bürokratie** Im Übrigen würde der steuerfinanzierte soziale Ausgleich eine umfassende Verteilungsbürokratie erfordern. Die soziale Überforderungsklausel geht einher mit millionenfachen Einkommensprüfungen. So müssten nahezu alle Rentner Anträge auf sozialen Ausgleich stellen und dazu ebenfalls detaillierte Einkommensangaben machen. Erforderlich wären permanente Überprüfungen, Korrekturen und Neuberechnungen bei Einkommens- oder Prämienveränderungen.

#### Fazit

- Die Gesundheitsprämien führen trotz staatlicher Transfers zu massiven Mehrbelastungen für Familien, Rentner und Haushalte mit geringeren Einkommen.
- Der steuerfinanzierte soziale Ausgleich ist weder zielgerechter noch schafft er in der sozialen Realität eine größere Solidarität höherer Einkommensgruppen.

Dass Überlegungen zur Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Finanzierungsseite berücksichtigen, ist verständlich. Und es ist gut, dass das Land Niedersachsen bei der Diskussion einer zentralen Frage des Sozialstaats eine bedeutende Rolle spielt. Wenn aber die bisherige einkommensproportionale Finanzierung, die sich in mehr als einem Jahrhundert als einfach, effizient und sozial ausgewogen bewährt hat, mit erheblichen Transaktionskosten abgeschafft werden soll, muss die Umstellung eine wesentlich bessere Zielerreichung erwarten lassen. Das ist beim Kopfprämienmodell aber schon allein wegen der gezeigten Verteilungswirkungen nicht der Fall. Die Diskussion in der Volkspartei CDU muss deshalb weitergehen.

*\*Eine Langfassung des Artikels und detaillierte Berechnungen können bei der Landesvertretung angefordert werden.* ■

## Landeskrankenhausplaner Bruckenberger im Ruhestand Anerkennung für ein Lebenswerk von **JÖRG NIEMANN, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung**

Ein viertel Jahrhundert hat Dr. Ernst Bruckenberger die Krankenhausversorgung in Niedersachsen als Referatsleiter im Sozialministerium entscheidend mitgeprägt. Zum 1. März nun ist er in den Ruhestand eingetreten. Um Missverständnissen vorzubeugen: Auf die näheren Umstände des vorzeitigen Abschieds wird an dieser Stelle nicht eingegangen, weil Fragen des Beamtenrechts nicht durch einen Krankenkassenverband zu bewerten sind. Demgegenüber kann ein Kassenverband sehr wohl etwas über Bruckenbergers Leistung sagen, die Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung für das finanziell chronisch kranke Land Niedersachsen als bundesweit anerkannter Experte gemanagt und die stets zu knappen Finanzmittel

halbwegs gerecht auf sinnvolle Investitionsprojekte verteilt zu haben.

**Bundesweit bei-spielhaftes Konzept entwickelt** „Wenn es um die Zukunft der Krankenhäuser in Niedersachsen ging, wurde es früher oft nur hinter verschlossenen Türen spannend. Heute stehen die wichtigsten Daten im Internet.“ So würdigte die VdAK/AEV-Landesvertretung im Januar das neue Krankenhauskonzept des Sozialministeriums. Unter



**Kompetent: Dr. Ernst Bruckenberger**

der Überschrift „Selbststeuerung durch Transparenz“ stellt es den vorläufigen Abschluss einer langjährigen Weiterentwicklung der Krankenhausplanung dar. Es legt eindeutige, nicht manipulierbare Kriterien für die Investitionsförderung fest und gibt Anregungen für strukturelle Verbesserungen bei der Versorgung etwa durch Zusammenschlüsse von Krankenhäusern. Gleichzeitig stellt das Land bis 2007 Investitionsmittel in Höhe von 480 Millionen Euro zur Schaffung einer zukunftssicheren Krankenhausstruktur in Niedersachsen bereit. Es war der Krankenhausplaner Bruckenberg, der diese wohl bundesweit beispielhafte Offenheit und Nachvollziehbarkeit maßgeblich entwickelt hat und dafür von allen Gruppen im Planungsausschuss und auch durch die Spitze des Niedersächsischen Sozialministeriums unterstützt wurde. Mit dem Konzept ist ein neues Kapitel der Krankenhausplanung aufgeschlagen worden.

**Trends erkannt** Bruckenberg ist bundesweit ein hoch anerkannter Fachmann für Fragen der Krankenhausplanung, aber auch darüber hinaus. So gibt er seit nunmehr 15 Jahren den „Herzbericht (mit Transplantationschirurgie)“ heraus, der alle relevanten Daten zur herzchirurgischen Versorgung in Deutschland enthält und inzwischen als Standardwerk gilt. In seinem eigentlichen Kerngebiet, der Investitionsplanung, hat er sich stets davon leiten lassen, den Krankenhäusern ein höchstmögliches Maß an Autonomie zuzugestehen, dabei aber auch frühzeitig neue Trends erkannt und aufgegriffen. Beispielhaft ist seine Unterstützung für alle Bestrebungen, den ambulanten Bereich durch Angliederung von Praxen auf das Krankenhausgelände stärker mit dem stationären Sektor zu verzahnen. „Kooperative Regionalisierung“ lautete die Überschrift.

**Anerkannte Kompetenz** Bei der Rehabilitation – einem Feld, in dem die Länder keine originäre gesetzliche Zuständigkeit haben – gelang es Bruckenberg, die Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern aus der Kranken- und Rentenversicherung in Niedersachsen in dem „Koordinationskreis Rehabilitation“ zu organisieren. Die Bereitschaft aller Beteiligten zur Zusammenarbeit war nicht zu verordnen, sie resultierte aus der Anerkennung der Kompetenz und den gemeinsamen Bemühungen um eine bessere Versorgung.

**Dem Land Geld gespart** Durch Bruckenberg hat das Land Niedersachsen viel Geld gespart. Während andere Länder teure wissenschaftliche Gutachten erstellen ließen, die ihr wohlverdientes Ende entweder in tiefen Schubladen fanden oder mit hohen Kosten und noch höheren Folgekosten umgesetzt wurden, fanden sich in Niedersachsen viele pragmatische, sehr wohl auch zukunftsfähige Lösungen. So wurden für die Geriatrie, also die Versorgung alter Menschen, gemeinsam Schwerpunkt-kliniken festgelegt, um Mitarbeiter für dieses Aufgabengebiet zu qualifizieren und Wissen zu sammeln. Der Ausbau der herzchirurgischen Versorgung ist ebenso mit dem Namen Bruckenberg verbunden wie die Einsatzplanung medizinisch-technischer Großgeräte im ambulanten und stationären Sektor. Vorrangig ihm ist es zu verdanken, dass es meistens gelang, einvernehmliche Regelungen abzustim-

men. Dabei stand die Optimierung der Patientenversorgung im Mittelpunkt seiner Überlegungen.

**Zukunftsorientierter Pragmatismus** Wollte man Bruckenbergers Wirken zusammenfassend beschreiben, so scheint *zukunftsorientierter Pragmatismus* treffend. Der war auch gefragt, wenn es die stets zu knappen Finanzmittel zu verteilen galt. Auch wenn Bruckenberg nie einen Hehl daraus machte, dass Niedersachsen bei der Investitionsförderung bundesweit im Schlussdrittel liegt und damit entsprechender Kritik Nährboden gab, war es doch stets sein Ziel, mit diesen Mitteln die größtmögliche Wirkung für das Land zu erzielen. So konnten durch Co-Finanzierungen Investitionsvorhaben realisiert werden, deren Kosten deutlich über die eigentlichen Fördermittel des Landes hinausgingen.

**Aufrichtiger Dank** Bruckenberg hat es seinen Partnern nicht immer leicht gemacht, weil er von seinen Fähigkeiten überzeugt war und dies auch gezeigt hat. Dennoch wurde von allen Beteiligten seine außerordentlich hohe Sachkompetenz, sein großes Wissen über die Versorgungsstrukturen und Zusammenhänge, seine Verlässlichkeit und seine Bemühungen um tragfähige, rechtsichere Lösungen geschätzt. In Zeiten des Vorruhestandes war es für ihn selbstverständlich, bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres seinen Beitrag für eine zukunftssichernde Investitionsförderung des Landes leisten zu wollen. Die Öffnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch die Gesundheitsreform, die neuen Chancen für die integrierte Versorgung, all das waren Themen, die im Sinne des zukunftsorientierten Pragmatismus und seines Willens zur Gestaltung mit auf der Agenda standen. Die Arbeit werden nun andere fortsetzen müssen. Als langjährigen Partner im Bemühen um eine gute Krankenhausversorgung für die Menschen in Niedersachsen bleibt den Verbänden der Ersatzkassen, Herrn Dr. Ernst Bruckenberg aufrichtig zu danken und ihm alles Gute für einen wahrlich verdienten Ruhestand zu wünschen.

**Erinnern Sie sich noch...**

....daran, dass die BKK Mobil Oil (Celle) im Herbst 2002 eine gerichtliche Auseinandersetzung mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) über die Höhe ihres Beitragssatzes führte? Nach Zweifeln an dem ausgeglichenen Haushalt der BKK Mobil Oil hatte die Aufsicht eine Anhebung von 11,2 auf 12,8 Prozent angewiesen, die die Kasse aber nicht hinnehmen wollte. Zitat des Chefs: „Wir häufen dadurch nur überschüssiges Vermögen an“ (HAZ vom 10.10.2002). Dabei hätte die BKK dem Amt geradezu dankbar sein sollen für den Versuch, sie zu seriöser Kalkulation zu zwingen. Das „überschüssige Vermögen“ erwies sich nämlich einmal mehr als Luftnummer: Nur etwas mehr als ein Jahr nach den großspurigen Tönen erhöhte die BKK Mobil Oil nun ihren Beitragssatz zum 1. Januar 2004 auf 13,6 Prozent. Und während andere Kassen ihre Beitragssätze senken, kann die BKK Mobil Oil nicht einmal die Aufsicht für die Folgen ihrer Rechenakrobatik verantwortlich machen.

## Mattscheibe

Was waren das für Zeiten, in denen wir im Wartezimmer keine andere Ablenkung als das Goldene Blatt von vor sechs Wochen hatten. Heute ist Wartezimmer-TV angesagt – denn, so verrät die erste Ausgabe von „IgeL plus“, dem neuen „Magazin für das erfolgreiche Praxisteam“, „auf seine Glotze will Dr. W. aus S. nicht mehr verzichten“. „Etwa 70 Prozent meiner IGeL-Umsätze werden über das Wartezimmer-TV ausgelöst“, freut sich der Gynäkologe. Über den Bildschirm bekämen die Patienten Infos über die Angebote der Praxis, die die Kasse leider nicht bezahlt, der Doktor gegen Privatrechnung aber dennoch gerne anbietet.

Wer durch Dauerberieselung per Mattscheibe immer noch nicht von den Zusatzleistungen beeindruckt ist, muss eben ein bisschen direkter angesprochen werden. Vielleicht durch den „Brain-Check“, der auf Seite 18 gepriesen wird. „Kandidaten für einen Brain-Check als Selbstzahlerleistung“ seien zum Beispiel „Perso-

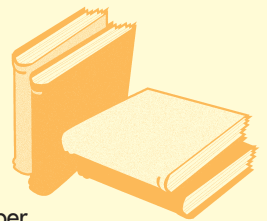
nen, die wegen ständiger hoher beruflicher Beanspruchung das Gefühl haben, in letzter Zeit ihre Arbeit nicht mehr so flott wie bisher zu schaffen“. Dass bei der Altersgruppe der Erwerbsfähigen der Wunsch nach einem Brain-Check eher gegen eine beginnende Demenz-Erkrankung spricht, wird erwähnt, scheint aber nicht weiter zu stören. Für raffinierte Tests wie die „Wiederholung vorgelesener Worte“ zahlt der gestresste Angestellte sicher gerne ein bisschen drauf. Auch bei der dazu gehörenden Arzneimitteltherapie kann man eigentlich nichts falsch machen, schließlich hätten „ältere Golfspieler“ nach Verabreichung der Mittelchen so ganz nebenbei auch ihr Handicap verbessert. Apropos Sportler: Die werden „ganz legal auf Hochtour“ gegigelt (Seite 20). Wenn es doch mal zwickt, gibt es immer noch Kälte aus dem Weltraum (Seite 21). Um die herzuholen, muss man ja durch den Himmel fliegen, wo bestimmt gerade Jahrmarkt ist. Davon wird sicher in der nächsten Ausgabe berichtet.

## Bücher

- Die Pharmaindustrie definiert normale Entwicklungsphasen des Lebens systematisch zu Krankheiten um. Global operierende Konzerne sponsern die Erfindung von Krankheiten und Behandlungsmethoden und schaffen so einen Markt für ihre Produkte. Wie das funktioniert, zeigt **Jörg Blech** in seinem Buch „**Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden**“ (S. Fischer Verlag, 256 Seiten, 17,90 Euro). Der Spiegel-Journalist kommt zu dem Schluss: „Lassen Sie sich nicht für krank verkaufen – Sie sind gesünder, als Sie denken!“
- Die Gesundheitsreform bringt mehr Veränderungen als die von den Medien vorrangig thematisierte Praxisgebühr. **Ulrich Orlowski** und **Jürgen Wasem** stellen Ziele und Maßnahmen der Reform zusammen und erläutern die Neuerungen. Ihr Buch „**Gesundheitsreform 2004. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)**“ (Economica Verlag, 211 Seiten, 19 Euro) ist in fünf Themenkomplexe gegliedert: Patienten und Versicherte, Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung, Vergütungssystem, Arzneimittelversorgung und Veränderung der Organisationsstrukturen.
- Einen grundlegenden Zugang zur Gesundheitspolitik bieten **Rolf Rosenbrock** und **Thomas Gerlinger**. Sie analysieren Normen, Institutionen, Akteure und Ressourcen des Gesundheitswesens. Themen sind unter anderem: Geschichte und Typen der Gesundheitspolitik, Prävention und Gesundheits-

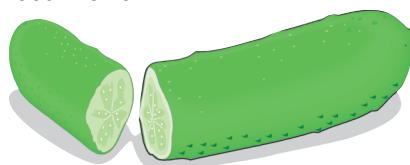
förderung, Krankenversorgung, Pflege und aktuelle Steuerungsprobleme der Gesundheitspolitik. „**Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung**“ ist im Verlag Hans Huber erschienen (320 Seiten, 29,95 Euro).

- Seit 15 Jahren begleitet der KKF-Verlag die Gesundheitspolitik durch sein **SGB-V-Handbuch Krankenversicherung**. Die 11. Auflage berücksichtigt alle Änderungen des fünften Sozialgesetzbuches durch das GKV-Modernisierungsgesetz. Das Nachschlagewerk enthält neben den durch Fettdruck hervorgehobenen Gesetzesänderungen auch die Begründungen, die unmittelbar bei den jeweiligen Paragraphen und Artikeln zu finden sind. Das Handbuch umfasst 461 Seiten und kostet 29 Euro.
- Mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) rechnen Krankenhäuser ihre Leistungen spätestens seit dem 1. Januar 2004 auf Basis von Diagnosen ab. Eine zeitsparende Verschlüsselung der Diagnosen für den ambulanten und stationären Bereich verspricht der Deutsche Ärzte Verlag mit seiner Ausgabe **ICD-10-GM 2004 Diagnosesaurus. Alphabetisches Verzeichnis zur internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme** (1.130 Seiten, 24,95 Euro).



## Gurke des Quartals

„Krankenkassen – Verwaltungskosten senken!“ ist das Thema eines privaten Veranstalters, der für den 21. und 22. April zu einem Seminar nach Köln lädt. Eines der Ziele der Tagung: „Kostentreiber“ erkennen. Teilnahmegebühr: 1.495 Euro – einschließlich Sektempfang.



### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Niedersachsen des  
VdAK/AEV  
Rathenaustraße 1 · 30159 Hannover  
Telefon: 0511 / 3 03 97-0  
Telefax: 0511 / 3 03 97-99  
LV-Niedersachsen@vdak-aev.de  
Verantwortlich: Jörg Niemann  
Redaktion: Hanno Kummer