

bremen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Sept. 2004

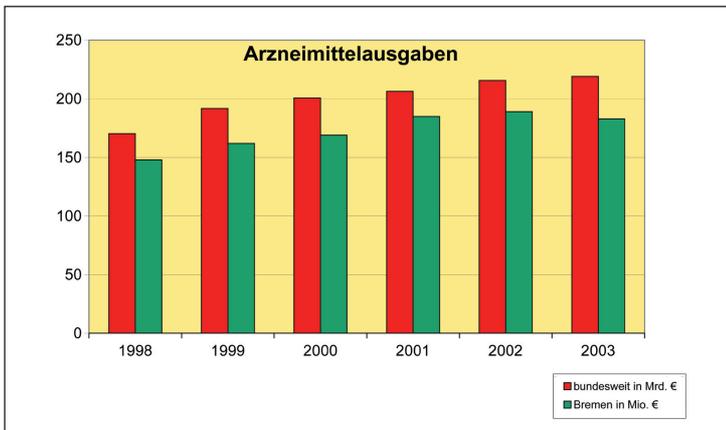
Arzneimittel- ausgaben in Bremen

Ein positiver Trend zeichnet sich ab

Die Arzneimittelkosten sind in den vergangenen Jahren scheinbar unaufhaltsam gestiegen. Nicht zuletzt der Wegfall der Arzneimittelbudgets in 2001 hat den Krankenkassen explosionsartige Kostenanstiege in diesem Ausgabe-sektor beschert. Derzeit kann allerdings ein rückläufiger Trend beobachtet werden, der auf die greifenden rahmenpolitischen Maßnahmen und die erfolgreiche Umsetzung der Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen zurückzuführen ist.

Jährliche Zuwachsraten zwischen 5 und 10 Prozent waren in den Vorjahren die Regel. So stiegen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Arzneimittelbereich bundesweit von 17 Mrd. in 1998 auf 22 Mrd. Euro in 2002. In Bremen war während dieses Zeitraums ein Anstieg von 148 Mio. auf 192 Mio. Euro zu verbuchen und das In-Kraft-Treten des GMG ließ weitere Kostensteigerungen befürchten: Wegen der drohenden Zuzahlungen ab 2004 hatten sich in den Wochen vor Jahresende 2003 viele Patienten „auf Vorrat“ Arzneimittel verschreiben lassen. Durch diesen „Vorzieheffekt“ waren die Arzneimittelkosten im Dezember 2003 bundesweit explodiert. In Bremen war dieser Anstieg im Dezember ebenfalls zu verzeichnen – die Arzneimittel-ausgaben konnten in 2003 aber insgesamt um 3,1 % gesenkt werden, während sie bundesweit um 1,6 % anstiegen.





Dieser positive Trend scheint sich fortzusetzen: Bis Juli 2004 war der Rückgang der Arzneimittelausgaben in Bremen – nach den vorläufigen Berechnungen – höher als im Bundesdurchschnitt. Hier zeigen sich erste positive Ergebnisse im gemeinsamen Bemühen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und der Verbände der Krankenkassen um eine wirtschaftliche Verordnungsweise. „Wir erwarten, dass sich dieser Trend fortsetzt, damit die Ausgaben für Arzneimittel wieder ein vertretbares Niveau erreichen, das sich strikt am Erforderlichen orientiert“, so Dieter Volkmann, Leiter des Vertragsbereichs der Landesvertretung Bremen.

Ziel für das Mamma-Screening: Nahtloser Übergang vom Modellprojekt zur Regelversorgung

Zur Erprobung der Umsetzbarkeit eines bundesweiten Mammographie-Screenings werden Bremer Frauen zwischen 50 und 69 Jahren seit 2001 zur Früherkennungs-Mammographie eingeladen. Die Ergebnisse dieser Probephase sprechen deutlich für ein bundesweites Screening zur Früherkennung von Brustkrebs, so dass Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf einen Start zum flächendeckenden Screening ab Januar 2005 hingewirkt hat. Nach über drei Jahren wird das Modellprojekt Mammographie-Screening in Bremen nun Ende September 2004 auslaufen.

Um eine Unterbrechung des Früherkennungs-Angebots zu vermeiden, wird das Mamma-Screening zunächst bis zum 31.12.2004 überbrückt, um dann in die Regelversorgung überzugehen. Hierfür stehen die für das Modellprojekt bereiteten Strukturen in Bremen zur Verfügung. Die Zielgruppe der Bremerinnen zwischen 50 und 69 wird derzeit also weiterhin zur Mammographie eingeladen. Als zukünftige Screening-Einheit in der Regelversorgung erreichen Bremen und Bremerhaven allerdings nicht die empfohlene Einwohnerzahl. Daher sind zwei länderübergreifende Screening-Einheiten gebildet worden: Bremen und Nord (siehe Kasten). Ziel der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung ist es, die Screening-Einheit Bremen mit dem niedersächsischen Umland am 1. Januar 2005 in die Regelversorgung zu überführen. Die Stelle des verantwortlichen Arztes ist seit dem 15. August ausgeschrieben und soll möglichst schnell vergeben werden. Die Verhandlungen für die Screening-Einheit Nord (Bremerhaven/Niedersachsen) sind noch nicht abgeschlossen. Hier muss zunächst das Schiedsamt über die Vergütung der teilnehmenden Ärzte entscheiden, da die Verhandlungspartner in Niedersachsen keine Einigung finden konnten – dann wird auch dieser Planungsbereich ausgeschrieben.

Jede Screening-Einheit in Deutschland wird zukünftig mit einem Referenzzentrum verbunden sein, das die Ärzte und das medizinische Personal ausbildet sowie für die Qualitätssicherung der Screening-Einheit zuständig ist. Bewerbungen für diese Qualitäts- und Ausbildungszentren liegen dem Beirat Mammographie-Screening auf Bundesebene vor. Die Entscheidungen über die Referenzzentren wird der Beirat voraussichtlich Mitte Oktober 2004 treffen.

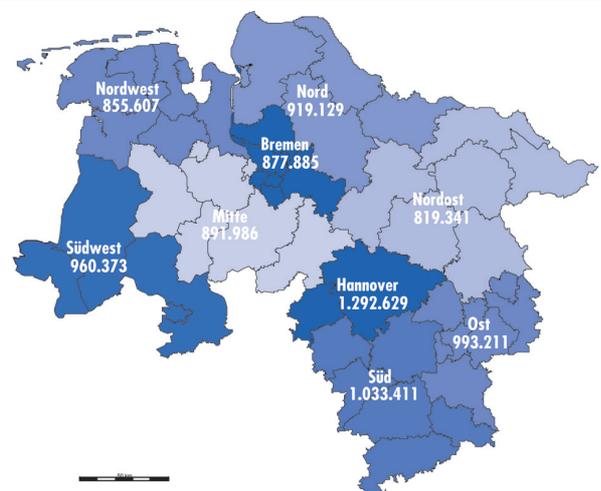
Die Städte Bremen und Bremerhaven sind integriert in die Screening-Einheiten:

Bremen

Stadt Bremen, Landkreise Osterholz und Verden, Stadt Syke, Gemeinden Weyhe und Stuhr

Nord

Seestadt Bremerhaven, Landkreise Cuxhaven, Stade, Rotenburg und Harburg



Quelle: KV Niedersachsen im Bremer Ärztejournal, Ausgabe April 2004

Abrechnung des Rettungsdienstes im Visier



Beispielsweise wurden Personalkosten für einen Mitarbeiter abgerechnet, der nicht im bodengebundenen Rettungsdienst beschäftigt war. Beim DRK-Mitte hingegen, der Hilfsorganisation, die in Bremen die meisten Einsätze fährt, ergab die Prüfung keinerlei Anlass zur Beanstandung.

Inzwischen sind die Rückzahlungen der Hilfsorganisationen erfolgt. Für den Prüfzeitraum Oktober 1998 bis Dezember 2002 wurden den Krankenkassen in Bremen knapp 308.000 Euro zurückerstattet. Torsten Barenborg, Referent für sonstige Verträge der Landesvertretung: „Anhand der Höhe der Rückerstattung allein für die Stadt Bremen kann man erkennen, wie wichtig die Prüfung der Kosten des Rettungsdienstes ist. Wir sind froh, dass wir für die Zukunft einen sinnvollen Prüfungsmodus mit der senatorischen Behörde vereinbaren konnten.“

Der Rettungsdienst stellt für die Krankenkassen eine Besonderheit dar. Werden in sämtlichen anderen Bereichen des Gesundheitswesens die Vergütungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern verhandelt, setzt die Rettungsdienstgebühren eine dritte Instanz fest – die Stadtgemeinde Bremen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Rettungsdiensteinsätze in Höhe der festgesetzten Gebühren zu vergüten. Mit den Einnahmen aus den Rettungsdienstgebühren finanziert die Stadt dann die Kosten, die von den am Rettungsdienst beteiligten Organisationen (DRK, ASB, MHD und Feuerwehr) geltend gemacht werden. Diese Kosten sind in den vergangenen Jahren stetig gestiegen, mit dem Ergebnis, dass die Gebühren nicht kostendeckend waren und zum Leidwesen der Beitragszahler der Krankenkassen von Jahr zu Jahr angehoben werden mussten. Daher ist es nach Auffassung der Krankenkassen unerlässlich, die Abrechnungen der Hilfsorganisationen und der Feuerwehr einer gewissenhaften Prüfung zu unterziehen.

In Zukunft Die bereits vereinnahmte Rückzahlung wird bei der Festsetzung der Rettungsdienstgebühren für das Jahr 2005 berücksichtigt und sich gebührenmindernd auswirken. Außerdem haben die Krankenkassen beim Senator für Inneres angeregt, Sanktionsmöglichkeiten in die Verträge mit den Hilfsorganisationen aufzunehmen. Denn ungerechtfertigte Abrechnungen können nicht durch eine Rückzahlung erledigt sein. Eine Abmahnung, Vertragsstrafe oder die Kündigung des Vertrages hätte hier sicherlich die gewünschte vorbeugende Wirkung. Zukünftig werden jährlich ein bis zwei Leistungserbringer einer Rechnungsprüfung unterzogen und der Prüfbericht den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Diese erwarten für die Zukunft eine realistische Gebührensatzung, die sich an den tatsächlichen Kosten des Vorjahres orientiert.

Auffällige Abrechnungen

Eine solche Abrechnungsprüfung hat die Stadtgemeinde bis 1997 durchgeführt, diese ab 1998 allerdings eingestellt, da das Interesse an einer Prüfung ausschließlich bei den Kassen gesehen wurde. Eine Prüfung des Rechnungshofes zeigte dann im Abrechnungsjahr 2001 Auffälligkeiten bei zwei Hilfsorganisationen. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse und der Tatsache, dass den Krankenkassen die notwendigen Unterlagen für eine Rechnungsprüfung nicht zur Verfügung stehen, entsprach die senatorische Behörde der Bitte der Krankenkassen und veranlasste eine rückwirkende Prüfung ab 1998.

Hier stellten sich unter anderem beim ASB (Arbeiter Samariter Bund) falsche Kostenzuordnungen heraus.

Die Organisation des Rettungsdienstes ist Aufgabe der Stadtgemeinden. Für die Stadt Bremen steht er unter der Verantwortung des Senators für Inneres. Die Behörde des Senators kalkuliert daher die Gebühren des Rettungsdienstes – bestimmt also den Preis für die Einsätze. Bezahlt werden diese Gebühren in der Regel von den Krankenkassen. Am Jahresende bekommen die Krankenkassen eine Gesamtabrechnung über die gefahrenen Einsätze. Eine Kontrolle dieser Abrechnung ist den Kassen allerdings nicht möglich, da die Einzelabrechnungen und Belege von den Hilfsorganisationen an die senatorische Behörde gegeben werden. Reichen die Gebühren nicht aus, geht die Unterdeckung in die Gebührenkalkulation für das nächste Jahr ein – die Folge sind steigende Gebühren.

Der Kommentar

Weiterentwicklung der Finanzierung



Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

Das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz ist seit neun Monaten in Kraft und zeigt – entgegen vieler skeptischer Prophezeiungen – positive Wirkung. Die Kassen erzielen endlich Überschüsse, mit denen sie die Schulden der vergangenen Jahre abzubauen und die Beitragssätze senken können. Ungereimtheiten des Gesetzes, wie beispielsweise die Frage der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente oder der Fahrtkosten sind durch den neu eingerichteten gemeinsamen Bundesausschuss geklärt worden und inzwischen hat sich

auch der Ärger über die Praxisgebühr gelegt. Das GMG hat dazu beigetragen die gesetzliche Krankenversicherung wieder zu stärken, nachdem die Politik der GKV in jüngster Vergangenheit rund 10 Milliarden Euro jährlich zu Gunsten anderer Sozialversicherungszweige entzogen hatte.

Jetzt stellt sich die Frage, wie die Finanzierung der GKV zukunftsfähig gemacht werden soll: Kopfprämie oder Bürgerversicherung oder eine Mischung aus beiden

Modellen? Für die GKV war die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung nie in Frage gestellt. So wie Kinderlose für Familien ihren solidarischen Beitrag leisten, sollen gut Verdienende bis zu einer gewissen Grenze zur Solidarität in der Krankenversicherung beitragen. Dieses Grundprinzip der sozialen Balance zu Gunsten eines Prämiensystems zu opfern, dessen sozialer Ausgleich nur höchst aufwändig über das Steuersystem zu erreichen wäre, ist wenig zukunftsweisend. Denn wie das aktuelle Beispiel des Mutterschaftsgeldes und anderer versicherungsfremder Leistungen zeigt, ist deren Finanzierung bei Steuerausfällen schnell in Frage gestellt.

Eine Weiterentwicklung fände sich dagegen in der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze. Dieses Relikt aus den Anfangszeiten der Bismarckschen Sozialversicherung erlaubt es Gutverdienern, sich aus dem solidarischen GKV-Modell zu verabschieden – eine Posse des deutschen Gesundheitswesens, über das sich unsere Nachbarn nur wundern können. Letztendlich wird wohl das Kalkül der Wahlstrategen darüber entscheiden, was die Parteien glauben, den Bürgern zumuten zu können. Wenn darüber allerdings das Prinzip der Solidarität verloren ginge, wäre dies genauso wenig zukunftsweisend wie ein aufwändiger Sozialausgleich über das Steuersystem, der von den Bürgern nicht akzeptiert wird.

Ersatzkassen fördern Selbsthilfekontaktstellen

Kontaktstellen bringen Selbsthilfegruppen und Suchende zusammen und sie helfen bei der Gründung neuer Gruppen. Wer den Austausch über seine Krankheit, über Erfahrungen und Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Krankheit und ihren Folgen sucht, ist bei den Selbsthilfekontaktstellen an der richtigen Adresse. Auch in 2004 verstärken die Ersatzkassen ihre Förderung der Selbsthilfe. In diesem Jahr wurden allein für die Selbsthilfekontaktstellen Netzwerk Selbsthilfe und Bremerhavener Topf bereits 17.012,- Euro Förderung durch die Ersatzkassen bewilligt.

Neben der direkten Beratung durch die Kontaktstellen können sich Bremerinnen und Bremer auch online über Selbsthilfeangebote informieren. Der von den Bremer Krankenkassen geförderte Internetwegweiser Selbsthilfe steht unter **www.selbsthilfe-wegweiser.de** bereits seit über einem Jahr zur Verfügung.

Die Unterstützung der Selbsthilfegruppen in Bremen hat sich ebenso erfolgreich etabliert. Die Förderung ist transparent, es gibt eindeutige Kriterien für die Vergabe

von Mitteln und ein unbürokratisches Antragsverfahren, für das alle Krankenkassen in Bremen ein gemeinsames Gremium gebildet haben. Anträge müssen nicht an diverse Kassen gerichtet werden, sondern es reicht aus, wenn sich Selbsthilfegruppen an eine Krankenkasse wenden – über den Antrag wird dann zeitnah in einer Arbeitsgemeinschaft der Bremer Krankenkassen entschieden.

Antragsformulare gibt es bei den Krankenkassen, den Selbsthilfekontaktstellen, den Gesundheitsämtern in Bremen und Bremerhaven und demnächst auch auf der Seite des Internetwegweisers www.selbsthilfe-wegweiser.de.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Bennigsenstr. 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 0421 / 16 56 56 · Telefax: 0421 / 16 56 5-99
Redaktion: Christiane Sudeck · Verantwortlich: Karl Nagel
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de