G 21156 F

bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Dez. 2004

„Organspende – Ich entscheide selbst!“

Umfragen sagen aus, dass etwa 70 Prozent der Bürger bereit wären, nach ihrem Tod Organe zu spenden. Doch reicht diese Absicht leider nicht, um für den Fall des eigenen Todes Klarheit zu schaffen. Noch immer haben nur wenige Menschen einen Organspendeausweis – in Bremen liegt der Anteil mit 8 Prozent sogar beträchtlich unter dem Bundesdurchschnitt von 14 Prozent. Viele Angehörige sind unsicher, mit welcher Entscheidung sie dem Willen des Verstorbenen entsprechen, wenn sie von Ärzten in der Klinik um die Einwilligung zur Organentnahme bei einem Verstorbenen gebeten werden. Der Organspendeausweis dokumentiert hingegen eine persönliche Entscheidung, die den Angehörigen unter Umständen eine große Belastung erspart. Dabei bedeutet der Besitz des Ausweises nicht automatisch die Zustimmung zur Organspende. Das Dokument enthält folgenden Optionen:

- Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- Ja, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
- Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
- Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Außerdem kann die Entscheidung zur Organspende jeder Zeit revidiert werden. Wer seine Einstellung zur Organspende ändert, muss lediglich die alte Erklärung vernichten und einen neuen Ausweis ausfüllen.

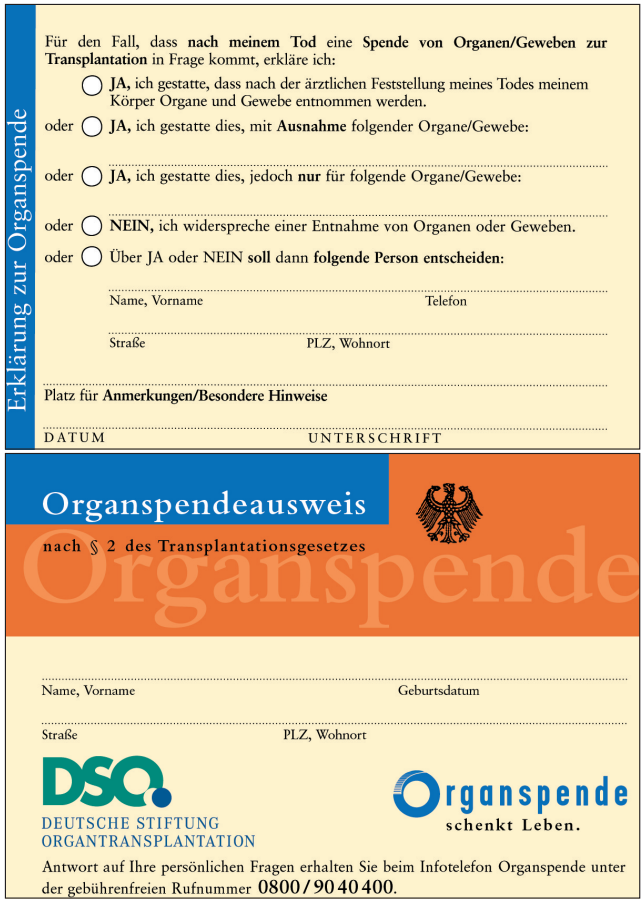
Nierentransplantation in Bremen In Bremen werden ausschließlich Nieren verpflanzt. Im Gegensatz zu Herz, Leber und Lunge ist es medizinisch einfacher eine Niere zu übertragen, zumal das Organ bis zu 36 Stunden konserviert werden kann. Am Klinikum Bremen Mitte sind bis November diesen Jahres 38 Nieren transplantiert worden. Die Wartelisten sind allerdings lang und es vergehen etwa fünf bis sieben Jahre, bis für einen Patienten ein geeignetes Organ verfügbar ist. Derzeit warten in Bremen etwa 300 Menschen auf eine Niere. Für Kinder wirkt sich der Ausfall dieses Organs besonders negativ aus. Sie sind noch im Wachstum und brauchen dafür Hormone, die in der Niere produziert werden. Außerdem ist es für sie eine besonders starke Belastung, mehrmals wöchentlich für Stunden die Dialyse über sich ergehen lassen zu müssen.

Kein Interessenkonflikt der Ärzte Über den eigenen Tod denkt niemand gern nach. Im Zusammenhang mit der Entscheidung zur Organspende kommen zudem Zweifel, ob für einen Organspender wirklich bis zum Schluss alle Maßnahmen getroffen werden, oder ob dieser Patient doch etwas eher aufgegeben wird. „Dies ist definitiv nicht so.“, sagt Professor Dreikorn vom Transplantationszentrum am Klinikum Bremen Mitte. Zudem ist der Ablauf gesetzlich so bestimmt, dass bei der Feststellung des Todes und der Organentnahme und Transplantation kein Interessenkonflikt entstehen kann: Der Hirntod muss unabhängig voneinander von zwei erfahrenen Ärzten festgestellt werden. Diese haben sich bei ihrer Diagnose genauestens an klinische und apparative Kontrolluntersuchungen zu halten und sie zu dokumentieren. Damit muss definitiv nachgewiesen werden, dass der totale Ausfall der Gehirndurchblutung nicht rückgängig zu machen ist. An der späteren Organentnahme und Transplantation dürfen die Ärzte, die den Hirntod festgestellt haben, nicht teilnehmen.

Aktion zur Organspende Bei einem so sensiblen Thema wie der Organspende bedarf es besonders guter Information und Ansprechpartner, die fundiert Antwort auf alle Fragen geben können. Daher plant die VdAK/AEV-Landesvertretung gemeinsam mit der Gesundheitsbehörde, der Ärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Bremens zum Frühjahr 2005 eine Aktion zum Thema Organspende. „Organspende – Ich entscheide selbst!“ lautet das Motto, das zum Ausfüllen des Ausweises aufrufen soll – egal wie die persönliche Entscheidung zur Organspende ausfällt. Denn für den Nutzen des Ausweises sprechen zwei gewichtige Gründe:

- Die Angehörigen werden nicht mit einer Entscheidung konfrontiert, die sehr belastend sein kann und
- im Falle der Zustimmung ist diese dokumentiert und es kann einem Menschen auf der Warteliste geholfen werden.

Weitere Informationen zum Thema sind unter www.dso.de zu finden.


Erklärung zur Organspende

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

◯ **JA,** ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:

oder ◯ **JA,** ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:

oder ◯ **NEIN,** ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ◯ Über JA oder NEIN **soll** dann **folgende Person entscheiden:**

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM UNTERSCHRIFT

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

DSO DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION

Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Richtgrößenprüfung

Verbesserung durch Vorsitzende und neue Geschäftsstelle

Für die Ausgaben von Arznei- und Heilmitteln gibt es für die einzelnen Fachrichtungen der niedergelassenen Ärzte Richtgrößen, die pro Praxis nicht wesentlich überschritten werden sollen. Aufgabe der gemeinsamen Prüfgremien der Ärzte und Krankenkassen ist es, die Einhaltung der Richtgrößen im Auge zu behalten, um gegebenenfalls einzuschreiten.

Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse gibt es seit vielen Jahren. Nach Auffassung der Ersatzkassen war die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht so effektiv, wie sie hätte sein können. Der Gesetzgeber hat dies auf die mangelnde organisatorische Ausgestaltung zurückgeführt und die Vorgaben für die Ausschüsse nachgebessert. Neu ist seit 2004, dass sowohl der Prüfungs-

als auch der Beschwerdeausschuss durch unabhängige Vorsitzende geführt und von einer unabhängigen Geschäftsstelle unterstützt werden. Für den Vorsitz des Prüfungsausschusses konnte Prof. Mühlbauer, Leiter des Pharmakologischen Instituts am Klinikum Bremen Mitte, gewonnen werden, den Vorsitz des Beschwerdeausschusses hat Prof. Ziemann, ehemaliger Präsident des Finanzgerichts Bremen, inne. Die Kosten für die Vorsitzenden und die Geschäftsstelle tragen die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung jeweils zur Hälfte.

Inhaltlich ändert sich bei der Richtgrößenprüfung nichts: Wenn die durchschnittlichen Verordnungskosten 15 bis 25 Prozent über der Richtgröße liegen, erfolgt eine Beratung; bei Überschreitung von mehr als 25 Prozent sind die Mehrkosten grundsätzlich vom Arzt zu erstatten und werden über die Gesamtvergütung verrechnet. Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise ein hoher Anteil an Krebspatienten mit einem entsprechend hohen Bedarf an Medikamenten, werden allerdings vorab berücksichtigt.

Sollten Arzt, Krankenkasse oder Kassenärztliche Vereinigung dennoch mit dem Ergebnis der Prüfung nicht einverstanden sein, kann gegen die Entscheidung Widerspruch eingelegt werden. Hier ist dann der Beschwerdeausschuss zuständig. Gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses kann Klage beim Sozialgericht eingereicht werden.

Ersatzkassen erstatten VHS-Kurse

Seit der Deutsche Volkshochschulverband (DVV) und die Ersatzkassenverbände im vergangenen Jahr die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung vereinbart haben, werden VHS-Kurse, die vereinbarten Präventions-Kriterien entsprechen, von den Ersatzkassen bezuschusst oder komplett übernommen.

Yoga, Rückentraining, Anti-Stress-Kurse, Qigong, Ernährungskurse für Kinder und Erwachsene oder Raucherentwöhnung – diese und weitere Kursangebote der VHS sind erstattungsfähig. Die Inanspruchnahme durch die Versicherten war in den ersten zwei Semestern der Kooperation bereits erfreulich hoch und auch im Herbst/Winter-Semester diesen Jahres nutzen viele Versicherte dieses Angebot.

Besonders im Hinblick auf chronische Krankheiten wird die Bedeutung der Prävention mehr und mehr wahrgenommen. Dazu Ulla Voigt, Leiterin des Gesundheitszentrums an der Bremer Volkshochschule: „Die Volkshochschulen klären auf über gesundheitsfördernde Strategien durch Kennenlernen, Ausprobieren, Hinterfragen bewährter Gesundheitsverfahren und unterstützen mit ihrem Bildungsangebot gesundheitsorientiertes Handeln im Alltag,“.

Die Förderung nach Paragraph 20 SGB V ist eine Teilnahmeförderung – sie kommt direkt den Versicherten zugute. Den Teilnehmenden wird die Kursgebühr zu einem bestimmten Prozentsatz (je nach Kasse zwischen 80 und 100 Prozent) von ihrer Ersatzkasse erstattet, wenn sie an mindestens 80 Prozent der Kursstunden teilgenommen haben.

Bild: Aus der Reihe „VHS – Gemeinsam Gesundheit erleben“, erschienen im Klett-Verlag.

Zahnersatz: Das ändert sich in 2005

Nachdem viel über die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) diskutiert wurde, hat die Gesundheitspolitik nun doch entschieden, weitgehend alles beim Alten zu lassen. Zumindest in der Praxis ändert sich für die Versicherten nichts – der Zahnersatz bleibt GKV-Leistung und muss nicht extra versichert werden. Was sich ändert, ist die Finanzierung:

Der Gesetzgeber hat beschlossen, dass **ab Juli 2005** die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einen **Sonderbeitrag für Zahnersatz und Krankengeld** zahlen müssen. Beide Leistungen bleiben zwar in der GKV, müssen aber ab Juli allein von den Mitgliedern gezahlt werden und nicht mehr hälftig vom Arbeitgeber. Dieser Sonderbeitrag wird 0,9 Prozent betragen. Gleichzeitig wird der Krankenkassen-

beitrag um 0,9 Prozent gesenkt. Da der Arbeitgeber zur Hälfte von dieser Senkung partizipiert, bleibt für die Mitglieder eine Zusatzbelastung von 0,45 Prozent. Bei einem Bruttogehalt von 2.000,- Euro sind das 9,- Euro zusätzliche Ausgaben im Monat.
Auch das Zuschussystem beim Zahnersatz wird sich ändern: Ab dem **1. Januar 2005** zahlen die Krankenkassen im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen klar kalkulierbaren, festgelegten Betrag. Dieser so genannte **„befundbezogene Festzuschuss"** ist ein Erstattungsbetrag der Krankenkasse, der sich am konkreten Befund (z. B. ein fehlender Zahn im Unterkiefer) orientiert. Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag von ihrer Kasse erstattet. Die Preise für die zahnärztlichen und zahntechnischen Regelleistungen, die den Befunden zugeordnet sind, wurden zuvor von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit den Organisationen der Zahnärzte und Zahntechniker vereinbart. Bislang beteiligt sich die Kasse prozentual an den Kosten beim Zahnersatz.

Je nach Zahnarzt und gewählter Versorgungsform konnte die Rechnung bei verschiedenen Versicherten – obwohl der Befund exakt der Gleiche war – unterschiedlich ausfallen.

Für die meisten Patienten wird damit die Regelversorgung 2005 nicht teurer. Auch bei bis zu vier fehlenden Zähen wurden festsitzende Brücken als Regelversorgung festgeschrieben – und nicht die preisgünstigere Versorgung mit einer Prothese. Außerdem erhalten Patienten in Zukunft Festzuschüsse zu implantatgetragenem Zahnersatz, der bisher vollständig vom Patienten bezahlt werden musste.

Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Bremen wünscht Ihnen schöne Feiertage und alles Gute für das neue Jahr!

News & Facts

Heimbewohner verfügen oft nur über ein geringes „Taschengeld". Für Arztbesuche oder Medikamente müssen sie trotzdem maximal 82,80 Euro (41,40 Euro bei chronisch Kranken) jährlich zuzahlen. Damit diese Summe nicht am Anfang des Jahres auf einmal fällig wird und dadurch das Taschengeld extrem beschneidet, wird ab 1. Januar 2005 monatlich ein Anteil von 6,90 Euro und entsprechend 3,45 Euro für chronisch Kranke direkt vom Sozialamt mit den Heimbewohnern verrechnet. Damit leistet das Sozialamt sozusagen ein Darlehen für die Heimbewohner, indem es die insgesamt fällige Zuzahlung bis zur Erreichung der Zuzahlungshöchstgrenze am Anfang eines Jahres an die zuständige Krankenkasse zahlt. Die betroffenen Heimbewohner selbst müssen nicht tätig werden. Sie bekommen am Anfang des Jahres eine Befreiungsbescheinigung von ihrer Krankenkasse und Informationen über die Darlehensgewährung, der sie widersprechen können, wenn sie an dem Verfahren nicht teilnehmen möchten.

Für **Hilfsmittel** zur Kompressionstherapie, Hörhilfen, Sehhilfen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel und Einlagen gelten ab dem 1. Januar 2005 erstmals bundeseinheitliche Festbeträge. Bei Anbietern, die das Hilfsmittel zum einheitlichen Festbetrag liefern können, müssen Versicherte außer der gesetzlichen Zuzahlung keinen weiteren Beitrag leisten. In Bremen, wie in anderen Bundesländern, gab es bereits für verschiedene Produktgruppen Festbeträge, die nun durch die bundeseinheitlichen Festbeträge ersetzt werden. Für alle Bundesbürger gelten also zukünftig gleiche Festbeträge, die eine Benachteiligung durch regionale Unterschiede ausschließen.

Impressum
Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Bennigsenstraße 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