

report hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

März 2007

ersatzkassen

Gesundheitsreform

Waten im Scherbenhaufen

Trotz etlicher Gegenstimmen und Proteste: Das WSG ist verabschiedet und wird am 1. April in Kraft treten.

Verlierer sind hauptsächlich Versicherte und Patienten. Für sie wird es vor allem teurer, aber auch unsicherer. Die ersten Beitragssatzerhöhungen erfolgten bereits zu Jahresbeginn, weitere sind nicht ausgeschlossen, wenn die Auswirkungen der sogenannten Reform sich in den Büchern niederschlagen.

Jetzt gilt es jedoch, aus der neuen Situation das Beste zu machen, sozusagen durch den Scherbenhaufen zu waten, ohne sich all zu sehr zu verletzen. Damit haben die Ersatzkassen bereits begonnen; sie werden ab 1.4.2007 Wahltarife anbieten. Wer meint, in der nächsten Zeit nur wenige oder keine medizinischen Leistungen zu benötigen, kann einen Tarif wählen, der kostengünstiger ist als der Normaltarif.

Obwohl praktisch alle Kassen ein solches Angebot bereithalten, ist man sich in der kritischen Beurteilung einig: Wahltarife müssen angeboten werden, um im (gewollten) Wettbewerb bestehen

zu können. Sinnvoll sind sie nicht, denn gewählt werden sie vor allem von Gesunden, die ohnehin keine Kosten verursachen. Diese Mitnahmeeffekte entziehen dem Gesamtsystem Geld, das bei der Versorgung der Kranken fehlt. Wer sich jedoch verkalkuliert und doch krank wird, muss damit rechnen, erheblich draufzuzahlen.

In dieser Ausgabe:

- **Kassenzahnärztliche Vereinigung**
Einheitliches Vertragswerk
- **Arzneimittelcontrolling**
Aufbau und Wirkung
- **Landesbasisfallwert für 2007 vereinbart**
- **Kooperation mit dem Hochschulsport**

Viel „heiße Luft“ gibt es bei den von der Gesundheitsministerin lautstark verkündeten Leistungsausweitungen. Natürlich begrüßt jeder, dass die Kassen sich künftig stärker etwa bei der Sterbebe-

gleitung engagieren, wenngleich das Aufgaben sind, die die Krankenkassen teilweise zusätzlich zu schultern haben und sich zwangsläufig im Beitragsersatz wiederfinden müssen.

„Heiße Luft“ auch bei den neuen Pflichtleistungen wie etwa den Mutter-Kind-Kuren. Schon bisher galt, dass sie von den Krankenkassen zu übernehmen waren, wenn das angestrebte Vorsorge- oder Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden konnte. Dieser Grundsatz gilt weiterhin, weshalb bei der Umsetzung der Neuregelung in der Praxis überhaupt keine Änderung eintritt.

Ähnliches gilt für Impfungen. Auch hier haben sich die Krankenkassen im Wesentlichen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Stiko) gerichtet. Dass dies nun verbindlich wird, ändert kaum etwas an der bisherigen Praxis.

Besonders hoch ist der zu durchwatende Scherbenhaufen auch beim Thema gesetzliche und private Krankenversicherung (GKV/PKV). Auch hier lohnt ein Blick auf die Details. So ist der vollmundig angekündigte Basistarif bei der PKV nichts anderes als der etwas modifizierte, ungeliebte bisherige Standardtarif. Und die Zugangsberechtigung zu diesem Tarif ist so undurchschaubar, dass selbst Experten keinen roten Faden in der Vielzahl der komplizierten Vorschriften erkennen können.

Dies gilt auch für die Regelungen, wonach freiwillig Versicherte in die PKV wechseln können. Dass dies künftig erst möglich ist, wenn das Jahresarbeitsentgelt (JAG) drei Jahre lang die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat und auch im laufenden Jahr überschreiten wird (3+1), ist zu begrüßen, da Gutverdiener sich so zumindest eine Zeit lang solidarisch verhalten müssen und ihre Beiträge der GKV nicht unverzüglich entziehen können. Doch die Details, wie die JAG errechnet wird und was alles beachtet werden muss, die versteht kaum noch jemand und den Sinn dahinter erst recht nicht.

Weiteres Beispiel: Die generelle Versicherungspflicht ab 1.4.2007 für ehemalige GKV-Versicherte und ab 1.1.2009 für früher schon einmal privat Versicherte ist zu begrüßen. Mit fast detektivischem Gespür werden GKV-Mitarbeiter aber künftig Vorversicherungszeiten von Versicherten, die behaupten, noch nie versichert gewesen zu sein, prüfen müssen, da in keiner Weise festgelegt ist, wie etwa Privatversicherungszeiten nachgewiesen werden sollen. Der Schummelei ist hier Tür und Tor geöffnet.

Es lassen sich unzählige weitere Beispiele dafür nennen, wie wenig praktikabel viele neue Regelungen sind. Dennoch werden die Ersatzkassen und ihre Verbände alles tun, um Blessuren für ihre Versicherten und Patienten zu vermeiden und ihnen den Weg durch die neue Rechtslage scherbenfrei zu ebnet.



Günter Ploß,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Kein Ruhmesblatt

„Was lange währt, wird endlich gut“, so heißt es im Volksmund. Dass dies nicht für das GKV-WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz für die Gesetzliche Krankenversicherung) gilt, dürfte sich herumgesprochen haben. Selbst die Bundestagsabgeordneten plagte bei der Beschlussfassung ein schlechtes Gewissen. Wie anders ist es sonst zu erklären, dass sich bei den vorbereitenden Gremiensitzungen unwillige Abgeordnete gegen willfährige austauschen ließen und im Bundestag 51 Abgeordnete gegen das Gesetz gestimmt bzw. sich der Stimme enthalten haben?

Wer in dieser Art und Weise mit den Interessen der Beteiligten und Betroffenen umgeht, darf sich über Politikverdrossenheit nicht wundern. Unter dem Motto: „Die da oben machen sowieso, was sie wollen“.

Leidtragende sind die Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Die freudige Botschaft der Bundesregierung („Das GKV-WSG ist die erste Gesundheitsreform ohne Leistungskürzungen“) unterschlägt, dass die Beiträge massiv angehoben werden mussten und weiter steigen werden – nicht zuletzt deshalb, weil den Krankenkassen durch die Koalition Gelder in Milliardenhöhe entzogen werden. Die Krankenkassen werden durch unsinnige und unnötige Strukturreformen belastet, Wahltarife und Beitragsrückerstattung können nur diejenigen nutzen, die dazu gesundheitlich in der Lage sind. Die gemeinsame Solidarität gesetzlich und privat Versicherter bleibt weiterhin ausgehebelt.

Fürwahr: kein Ruhmesblatt der deutschen Gesundheitspolitik!

Kassenzahnärztliche Vereinigung Einheitliches Vertragswerk soll Einzelabsprachen bündeln

Die Ersatzkassen standen bei Redaktionsschluss kurz vor dem Abschluss des Gesamtvertrages mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Hamburg. Die Landesvertretung hatte einen Vertrag entworfen, der neben der Vergütung die Sachverhalte regelt, die nicht bereits Gegenstand des Bundesmantelvertrags (EKV-Z) sind oder von den Gesamtvertragsparteien geregelt werden müssen.

In den vergangenen Jahren hatte es eine Vielzahl von Vereinbarungen gegeben, die in keinem einheitlichen Regelungswerk nachzulesen waren. Aus diesem Grund hat es immer wieder Anlass für Nachfragen gegeben. Das betraf insbesondere die Abrechnungsregelungen. Die Bestrebungen der KZV zielten immer wieder darauf ab, die Ersatzkas-

sen wie die Mitglieds-kassen anderen Kassenarten zu behandeln. Der neue Gesamtvertrag weist daher noch einmal deutlich auf die bundesweit für die Ersatzkassen geltenden Bestimmungen hin und trifft auch eigene Regelungen.

Als Anlage zu dem bald unterschriftsreifen Gesamtvertrag ist nicht nur die Vergütungsvereinbarung, sondern auch die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung vorgesehen. Hierzu befinden sich die Ersatzkassen noch in Verhandlungen, die parallel zu den Honorarverhandlungen für das Jahr 2007 weiterlaufen. Ziel der Verhandlungen zum Sprechstundenbedarf ist es, die aufwendigen Prüfungen in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen überflüssig zu machen.

AEV in Hamburg bietet Hausarztmodell an

Die Versicherten der im Arbeiterersatzkassenverband (AEV) zusammengeschlossenen Krankenkassen GEK, HZK und KEH können sich nun auch in Hamburg in ein Hausarztmodell einschreiben. Ein entsprechender Vertrag wurde mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hamburg unterzeichnet. Die Patienten verpflichten sich mit einem (freiwilligen) Beitritt, in der Regel zuerst einen Hausarzt aufzusuchen, der die gesamte Versorgung für sie koordiniert. Augen- und Frauenärzte sowie Psychotherapeuten bei bereits genehmigter Psychotherapie können weiterhin direkt konsultiert werden; die Fachärzte sind über ein Zweitmeinungs- und Berichtssystem in das Hausarztmodell eingebunden.

Ziel der Vereinbarung ist eine optimale Versorgung der Patienten. Mit der Koordinierung der

Behandlung durch den Hausarzt sollen unnötige Doppeluntersuchungen und nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Als Bonus wird den Patienten die Praxisgebühr beim Hausarzt erlassen.

Wie bei anderen außerhalb Hamburgs bestehenden Hausarztmodellen der GEK, HZK und KEH ist die enge Einbeziehung der Fachärzte vorgesehen. So sollen Hausärzte in bestimmten Fällen einen Facharzt zu Rate ziehen, bevor sie einen Patienten in ein Krankenhaus einweisen und klären, ob die geplante Behandlung auch ambulant möglich ist.

Außerdem kann der Versicherte bei akuter Behandlungsbedürftigkeit auch direkt den Facharzt aufsuchen. Dieser informiert in diesem Fall den behandelnden Hausarzt und stimmt mit ihm die weitere Therapie ab.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig – für den Hausarzt und für den Versicherten.



In einer Pressekonferenz wurde das neue Hausarztmodell vorgestellt. v.l.: Michael Plemperer, Hausärzterverband, Walter Plassmann, KVH, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, GEK und Günter Ploß, VdAK/AEV Foto: KVH

Arzneimittelcontrolling

Aufbau und Wirkung

Mehr als 40 000 Rezepte werden täglich laut „GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (Gamsi)“ in Hamburger Apotheken eingelöst. Im Quartal sind das gut drei Millionen Arzneimittelverordnungen. Jede einzelne Verordnung wird den Krankenkassen in Rechnung gestellt.

Beim in Hamburg von allen Kassenverbänden gemeinsam getragenen Arzneimittelcontrolling wird jede dieser Verordnungen statistisch erfasst und geht in den Datenpool, Grundlage des Controlling, ein.

Um vergleichen zu können, werden die Daten rückwirkend vom 2. Quartal 2004 an in den Pool eingegeben. Ermittelt werden beispielsweise die Kosten pro Verordnung – eigentlich eine ziemlich unspezifische Zahl, aber über den Zeitverlauf doch sehr interessant und ein erster Ansatzpunkt für weitere Recherchen.

Eine sehr gute Vergleichbarkeit wird erreicht, wenn Arzneimittelgruppen gebildet werden. Medikamente einer Gruppe dienen jeweils der Heilung/Linderung einer bestimmten Krankheit. Während man von dem einen Medikament aber täglich drei Tabletten nehmen muss, ist es bei einem anderen Medikament nur eine Tablette, während das dritte Medikament als Tropfen verabreicht wird. All diese Medikamente

haben unterschiedliche Preise. Im Regelfall hat sogar ein und dasselbe Medikament unterschiedliche Preise je Tablette, je nach Packungsgröße.

Vergleichbar werden die Preise der Medikamente erst, wenn eine Normierung eingeführt wird. In Hamburg werden die DDD (defined daily doses = definierte Tagesdosen) verwendet. Diese beschreiben die mittlere tägliche Einnahmedosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Auf dieser Basis werden die Preise der Medikamente einbezogen, und damit ergeben sich als Rechengröße die Tagestherapiekosten (Kosten pro DDD).

Nach Beendigung der beschriebenen Vorarbeiten werden beispielsweise Zeitreihen für einzelne Arzneimittelgruppen ermittelt. In der nebenstehenden Abbildung sind die Ergebnisse für die Arzneimittelgruppe Opioid-Analgetika (Teil des Schmerzmittelmarktes) in Hamburg dargestellt.

Die oben beschriebene grundlegende Analyse ist kein Selbstzweck; auf dieser Basis versuchen die Krankenkassen, Veränderungen in der Arzneimittelversorgung zu erreichen.

Der Gesetzgeber schreibt ab 2007 verbindlich Vereinbarungen zu den durchschnittlichen Verord-

STICHWORT

Arzneimittelcontrolling

Controlling bedeutet Steuerung. Das in Hamburg aufgebaute Controlling soll die Arzneimittelausgaben beeinflussen. Voraussetzung dafür ist die Beschaffung, Aufbereitung und Analyse von Daten, um auf dieser Basis zielgerichtete Entscheidungen vorbereiten zu können.

In einem ersten Schritt werden Arzneimittelgruppen gebildet. In einer Gruppe werden alle Medikamente zusammengefasst, die bei einer bestimmten Erkrankung zu einem gleichwertigen Erfolg führen. Die Kosten der Medikamente werden zusammengetragen und daraus die durchschnittlichen Tagestherapiekosten für einen einzelnen Patienten ermittelt.

Sollte es je nach gewählter Medikation zu deutlichen Unterschieden bei den Tagestherapiekosten führen, ist theoretisch ein Einsparpotential vorhanden, das durch geänderte Medikation gehoben werden kann. Auf dieser Basis beginnt die Beratung auf der Managementebene.

Kommen die Krankenkassen zu der Überzeugung, bei dieser Arzneimittelgruppe könnten Einsparungen erzielt werden, ohne dass es zu einer schlechteren Versorgung führt, kann der nächste Schritt getan werden: die Definition eines Zielwertes und die Vereinbarung eines solchen mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

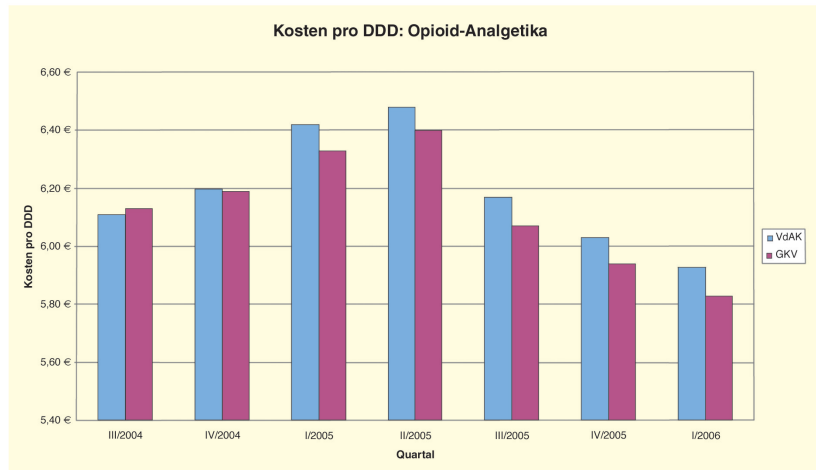
Im Ergebnis wäre dann dieses neue Zielfeld an die Ärzteschaft zu kommunizieren. Denn nur, wenn die Ärzte die Medikation der Patienten umstellen, ist der gewünschte Einspareffekt zu erreichen, ohne die Versorgung der Versicherten zu verschlechtern.

nungskosten für bestimmte Gruppen von Arzneimitteln (verordnungsstarke Anwendungsgebiete) vor. Regionale Besonderheiten sind zugelassen, so dass die in Hamburg seit dem 2. Halbjahr 2005 vereinbarten Arzneimittelzielfelder im Rahmen der neuen gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt werden konnten. Ein Zielfeld ist eine Arzneimittelgruppe, für die ein Zielwert vereinbart wurde.

Vertragspartner sind die Kassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH). Auf der Basis der jeweils ermittelten Tagestherapiekosten sind anspruchsvolle Zielwerte vereinbart worden.

Interessant ist der Bundesvergleich: In den Zielfeldern, die bereits in der Vergangenheit für Hamburg vereinbart waren, weist Hamburg absolute TOP-Positionen (1. bis 3. Plätze) im Vergleich zu den anderen KVen auf. Dagegen hatte die Bundesebene zwei Zielfelder ausgewählt, die in Hamburg noch nicht bearbeitet waren. Bei dem einen Feld nahm Hamburg einen Mittelplatz ein, im anderen war Hamburg bei den Schlusslichtern.

Zeitreihe: Kosten pro DDD im Zielfeld Opioid-Analgetika



Dieses Ergebnis bestätigt den Hamburger Weg. Bei den Arzneimittelgruppen, bei denen man den Ärzten über entsprechende Vereinbarungen Alternativen für ihre Verordnungen aufzeigt, ergibt sich eine kostensenkende Entwicklung; die gewünschte Veränderung findet statt. In unbearbeiteten Bereichen findet sie nicht statt. Die Veränderung kann also ursächlich auf die Vereinbarungen zurückgeführt werden, für die das beschriebene Arzneimittelcontrolling zwingende Voraussetzung und entscheidendes Hilfsmittel ist.

Arzneimittelausgaben kann man steuern!



Gespräch mit Prof. Dr. Reinhard Schuster, Experte im biometrischen Zentrum des MDK Nord. Prof. Schuster ist Mathematiker und beschäftigt sich seit 1996 mit Arzneimittelanalysen.

▼ Welche Datenbasis haben Sie ausgewertet, und welche Daten werden laufend weiter ausgewertet?

▲ Die Arzneimitteldaten nach § 300 SGB V wurden kassenartenübergreifend zusammengeführt. Dies betrifft sowohl die Frühinformationsdaten der Apotheken als auch die von den Kassen geprüften Daten. Pro Arzt und Quartal wird aufsummiert und ausgewertet, welche Medikamente wie häufig und

zu welchem Preis verordnet wurden. Um aus diesen Rohdaten Auswertungen erhalten zu können, sind noch pharmakologische Datenbank-Informationen einzubeziehen, um zum Beispiel Medikamente nach dem ATC-Code (anatomisch – therapeutisch – chemisch) in Gruppen zusammenzufassen. Auf dieser Basis können Kostenvergleiche für Arzneimittel entsprechend den Tagestherapiekosten vorgenommen werden.

▼ Welche Datenauswertungen stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nord den Kassen zur Verfügung?

▲ Im Mittelpunkt der Auswertungen stehen die Ziele zuvor gebildeter Arzneimittelgruppen (s. Einführungstext Seite 4). Für diese werden in einer Zeitreihe über die Quartale Kenngrößen wie Tagestherapiekosten, Tagesdosen pro Verordnung und Bruttosummen detailliert dargestellt. Die Ergebnisse werden den Kassenverbänden zur Verfügung gestellt. Um die jeweils aktuellen Daten- und Auswer-

tungsstände transparent und zeitnah zur Verfügung stellen zu können, wurde für die Mitglieder der Krankenkassen-Arbeitsgruppe ein passwortgeschützter Zugang zu einem MDK-Infoserver eingerichtet.

▼ **Können Sie an Hand Ihrer Datenauswertungen beurteilen, ob die Zielvereinbarung Arzneimittel in Hamburg ein Erfolg ist?**

▲ In den untersuchten Bereichen ist insgesamt für die Krankenkassen in Hamburg eine positive Entwicklung deutlich erkennbar. Mit den entwickelten Controllingwerkzeugen lassen sich aber auch sehr differenziert die Punkte benennen, in denen weiterer Handlungsbedarf besteht. Ursachen müssen klar benannt werden, dann können bei den Auswertungen ordnungsbedingte Veränderungen von preisbedingten Veränderungen unterschieden

werden. Sogenannte „Benchmark-Übersichten“ vergleichen den erreichten Gesamteffekt mit den individuellen Werten einer Arztpraxis.

▼ **Wie können die Kassenverbände in den laufenden Arzneimittelverhandlungen von Ihren Datenauswertungen zusätzlich profitieren?**

▲ Durch Analysen auch außerhalb der bestehenden Zielfelder werden für künftige Zielvereinbarungen neue Zielfelder erschlossen. Benchmark-Analysen auf Arzzebene weisen zum Beispiel für die Tagestherapiekosten Wirtschaftlichkeitsreserven aus. Damit können (an die bereits erreichten Erfolge anknüpfend) regionale Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, indem Controllingergebnisse in die laufenden Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingebracht werden.

DER KOMMENTAR

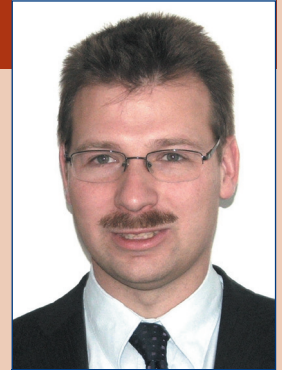
Vom Payer zum Player

Die Medikation der Patienten soll billiger werden, der Heilungserfolg aber trotzdem gewährleistet sein. Toll was die Krankenkassen versuchen! Das macht jede Frau im Supermarkt automatisch: Sie vergleicht Nudeln für 0,69 € aus dem Angebot mit dem Markenprodukt für 1,29 €.

Warum sind solche „Selbstverständlichkeiten“ berichtenswert? Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch sehr unterschiedliche Informationsstände der Akteure. Bestes Beispiel: Man geht zum Arzt und erwartet schnelle Heilung. Die Autorität des Arztes, sein Wissen, sein Informationsvorsprung werden akzeptiert.

Diese Art von Informationsasymmetrie existiert in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Nur erhöhte Transparenz – und dafür ist Controlling im Arzneimittelbereich ein Instrument – kann letztlich eine Basis schaffen, um Akteuren die Chance zu geben, in eine aktive Rolle hineinzuwachsen.

Mehr und bessere Information führt am Ende zu anderen – hoffentlich besseren – Entscheidungen. Konkret in Hamburg führt dies im Arzneimittelbereich nicht mehr zu Forderungen nach einem rechtlich zweifelhaften Kollektivregress, sondern heute erhalten die Ärzte vorab Informationen, um wirtschaftliches Ordnungsverhalten zu fördern. Nur der einzelne Arzt, der die Vorgaben nicht beachtet, muss mit Regressforderungen rechnen.



Ralf Baade, VdAK/
AEV-Landesvertretung
Hamburg

Landesbasisfallwert 2007 vereinbart

Selbstverwaltung funktioniert ohne staatliche Eingriffe

Bereits seit 2005 ist auf der Landesebene zwischen den Krankenkassen-/Verbänden und der Krankenhausgesellschaft der Landesbasisfallwert zu vereinbaren. Am Landesbasisfallwert orientieren sich die Budgets der Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland.

Für die Jahre 2005 und 2006 konnte in Hamburg keine Einigung erzielt werden. Letztendlich musste die Schiedsstelle über die Höhe entscheiden.

Für 2007 ist es nach zahlreichen intensiven Verhandlungsrunden erstmals gelungen, einen Basisfallwert oh-

ne Schiedsamt zu vereinbaren. Er beträgt jahresdurchschnittlich 2850 € bzw. aufgrund von Ausgleichszahlungen für das Vorjahr als Zahlbasisfallwert 2830 €. 2006 betrug der Landesbasisfallwert 2893,40 €.

Der nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt liegende Wert konnte somit weiter abgesenkt werden. Ausgleichs- und Berichtigungen wurden für 2007 nicht vereinbart, sodass die Vertragsparteien auf einer gesicherten Grundlage für 2007 planen können.

Die Verhandlungen mit den Hamburger Krankenhäusern zur Umsetzung der Vereinbarung sind zwi-

schenzeitlich aufgenommen worden. Mit dieser Vereinbarung wurde gleichzeitig eine verbindliche Ausgangsgrundlage für 2008 festgelegt, wonach nur bei größeren Leistungsschwankungen eine Korrektur der Ausgangsbasis – in die eine oder andere Richtung – möglich ist. Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass auch für 2008 eine zügige und partnerschaftliche Verhandlungslösung erreicht werden kann.

Dass die Selbstverwaltung auch ohne staatliche Eingriffe funktioniert, konnte mit dieser Vereinbarung deutlich gemacht werden.

Kooperation mit dem Hochschulsport

Die Ersatzkassen in Hamburg starten in diesem Jahr eine Zusammenarbeit mit dem Hamburger Hochschulsport. Den Studierenden und den Mitarbeitern der Hamburger Hochschulen werden gesundheitsorientierte Bewegungsangebote gemacht, die von den Ersatzkassen als primärpräventive Maßnahme bezuschusst werden.

Der Hamburger Hochschulsport bietet ein reiches Angebot verschiedenster sportlicher Aktivitäten, überwiegend aus dem Bereich des Freizeitsports.

Dieses wird bereits seit einiger Zeit um gesundheitsorientierte Kurse erweitert, die nun von den Ersatzkassen bezuschusst werden können.

In diesen gesundheitsorientierten Kursen sollen Menschen, die bislang bewegungsarm lebten, zur Aufnahme einer dauerhaften sportlichen Betätigung motiviert werden. Idealerweise sollten die Teilnehmer nach dem Besuch eines Präventionskurses die sportliche Betätigung als festen Bestandteil in ihre Lebensgewohnheiten integrieren.

KURZ GEMELDET

- Die Verbände der Ersatzkassen (VdAK/AEV) in Hamburg unterstützen den Antrag der SPD-Bürgerschaftsfraktion für verbindliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 bis U9 und für Jugendliche J1. Diese sind aus Präventions- und Vorsorgegründen wichtig. Jedoch muss gesetzlich dezidiert geregelt werden, wie die Teilnehmerverpflichtung überwacht und der Datenschutz eingehalten werden kann, ohne dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört wird.
- Ende Januar wurden 15 Pflegedienste als erfolgreiche Teilnehmer des gemeinsamen Arbeits- und Gesundheitsschutzprojekts der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg im Rahmen der bundesweiten Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) als „vorbildliche Betriebe“ ausgezeichnet. Die Ersatzkassenverbände in Hamburg gratulieren.
- Die Ersatzkassenverbände werden auch künftig die Kosten für die Impfstoffe übernehmen, die der öffentliche Gesundheitsdienst für seine Vorsorgeimpfungen gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommission benötigt. Ein entsprechender Vertrag wurde jetzt verlängert.
- Das Hamburger Landessozialgericht hat die Einführung des Mammographie-Screenings in Hamburg bis auf Weiteres gestoppt. Hintergrund ist die Klage einer beim Ausschreibungsverfahren für die Position des programmverantwortlichen Arztes abgewiesenen Praxis gegen die Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Wann das Screening in Hamburg starten kann, ist deshalb zurzeit unklar.

BÜCHER



Moderne Ernährungsmärchen
Sven-David Müller-Nothmann,
Prof. Dr. Michael Vogt, Doreen Nothmann,
Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2006,
160 Seiten, 12,90 Euro.

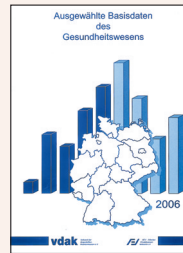
Wo gibt's das schon, dass man sich mit einem Buch amüsiert und auch noch etwas dabei lernt? Das o.g. Buch aus der Reihe Ratgeber Gesundheit, empfohlen von der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik, macht es vor. Wer das wunderschön bebilderte Taschenbuch durchgearbeitet hat, wird sich künftig deutlich gesünder ernähren und dürfte erheblich kompetenter in Sachen gesunde Ernährung geworden sein. Dabei lässt es sich so leicht lesen, dass es schon fast als Strandlektüre geeignet ist. Bereits die Rubrik-Überschriften machen Spaß: „Lauter süße Märchen“ heißt es über dem Kapitel Zucker, „Ammen- und Kindermärchen“ über der Kinderkost etc. Die neue 2. Auflage ist nochmals erheblich erweitert worden, so dass sich der Band auch als Nachschlagewerk eignet, etwa wenn man wissen möchte, ob man nach Steinobst trinken darf oder ob Alkohol gesund ist. Allerdings kann auch dieses Buch nicht verleugnen, dass es außer schwarz und weiß auch noch grau gibt, und so wird gelegentlich, nachdem von einem Märchen die Rede ist, hinterher konzediert, dass eine bestimmte Überzeugung eigentlich doch nicht ganz falsch ist, sondern die Umstände berücksichtigt werden müssen, wie etwa bei der Frage, ob Vegetarier unter Eisenmangel leiden.

Die Vitamin-Lüge

Ist unsere Normalkost wirklich eine Mangelernährung?

Dr. Andrea Flemmer, Verlag J. Neumann-Neudamm-AG, Melsungen, 2005, 140 Seiten, 14,95 Euro.

In diesem Buch untersucht die Autorin, ob die Deutschen tatsächlich unter Vitaminmangel leiden und welche Rolle künstliche Vitamine in diesem Zusammenhang spielen. Über eine Milliarde Euro werden in Deutschland jährlich für Vitamin- und Mineralstoffpräparate ausgegeben – eine ungeheure Summe, deren Sinn genauso kritisch hinterfragt wird wie der Zusammenhang zwischen ausgelaugten Böden und Lebensmitteln mit ungenügendem Vitamingehalt.



Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens

Die Broschüre ist jetzt in der 14. Auflage als Ausgabe 2006 erschienen und kann per Email unter basisdaten@vdak-aev.de oder per Fax 02241/10 85 67 angefordert werden. Sie enthält Tabellen und

Grafiken aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Die Daten stehen auch auf der Website www.vdak-aev.de im PDF-Format zum Download zur Verfügung.

GLOSSE

Nomen est omen!?

„Nur wo xxx drauf steht, ist auch xxx drin“, macht uns die Werbung eines Schokoladenaufstrichs weis.

Nun, aus meiner Kindheit habe ich andere Erfahrungen. Wenn wir in das Geschäft mit der Aufschrift „Schuster“ geschickt wurden, kamen wir mit dem Sonntagsbraten nach Hause, denn so hieß unser Fleischer. Bei Fleischer dagegen konnten wir unser Bügeleisen reparieren lassen (so was machte man damals noch), denn das war unser Elektriker. Und unser Autohändler hieß Becker.

Aber manchmal passt es auch ganz gut: Der Name „Brüll“ für einen Kinderarzt erscheint doch ganz passend. Und auf einem LKW las ich kürzlich den Namen „Puul“. Und was transportierte er? Krabben! Den LKW einer Möbelspedition mit der Aufschrift: „Wir machen alles: Kurz und Klein“ habe ich allerdings noch nicht gesichtet.

Interessant ist auch, dass es viele Namenskombinationen mehrfach gibt, vielleicht weil sie einfach gut klingen. So sind mir mehrmals die Namen Thomas Kreuzmann, Rolf Becker, Sabine Meyer, Helga Hansen und Renate Müller über den Weg gelaufen. Nicht so gut klingt in unseren Ohren vielleicht „Ursula Schmidt“. Doch auch den Namen gibt es mehrfach. Tröstlich für die Namensschwester unserer Gesundheitsministerin: Nicht überall, wo „Ulla Schmidt“ drauf steht, ist auch Gesundheitsreform drin. Glücklicherweise!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß