

report hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

ersatzkassen

Wettbewerbsstärkungsgesetz

Auf dem Weg zur staatlichen Einheitsversicherung

Das geplante GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) will die große Koalition als ihr wichtigstes Reformwerk umsetzen. Ihr Herzstück: ein Gesundheitsfonds, in den die Beiträge von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Steuermittel fließen sollen. Aus diesem Fonds sollen die Gesundheitsausgaben in Zukunft finanziert werden. Doch der Fonds löst keine Probleme. Er schafft nur neue. Der Fonds ist überflüssig.

Bereits im nächsten Jahr tut sich eine Finanzierungslücke von sechs Milliarden Euro auf, die sich in den kommenden Jahren vergrößern wird. Der Bundeszuschuss wird von heute 4,2 Milliarden auf 2,5 Milliarden Euro reduziert (wenn es dabei bleibt, dass es zu den geplanten 1,5 Milliarden Euro Bundeszuschuss eine zusätzliche Milliarde aus unerwartet hohem Steueraufkommen gibt, so der Stand bei Redaktionsschluss) und der Beitragssatz um mindestens 0,5 Beitragspunkten erhöht. Vergessen ist das Ziel der Lohnnebenkostensenkung. Wer den Versprechungen der Bundesregierung Glauben schenkt, in den nächsten Jahren nennenswerte Milliardenbeiträge für versicherungsfremde Leistungen bereitzustellen, ist blauäugig.

Als Fluchtweg hat die Koalition die ausschließlich von Versicherten zu tragende Zusatzprämie installiert. Diese ermöglicht, künftige Finanzbelastungen einseitig auf das Krankenkassenmitglied abzuwälzen und macht Beitragssatzanhebungen vermeidbar. Der Dumme ist der Bezieher eines

In dieser Ausgabe:

- **Rettungsdienst**
Gebühren der Feuerwehr explodieren
- **Psychiatrische häusliche Krankenpflege**
Wettbewerb versus Qualität
- **Hautscreening**
Ersatzkassen fördern Prävention gegen Hautkrebs

mittleren Einkommens, das – ungeschützt durch Härtefallgrenzen – gerade groß genug ist, die zusätzliche Prämienbelastung zu schultern.

Im Wahlkampf riefen alle Parteien nach mehr Wettbewerb in der GKV. Doch genau das Gegen-



Ein breites Bündnis aus dem Hamburger Gesundheitswesen – hier nach einer Pressekonferenz – hat sich in Hamburg zusammengeschlossen und gegen die geplante Gesundheitsreform Stellung bezogen. Ärzte- und Apothekerkammer, Krankenkassen/-verbände, die Hamburgische Krankenhaus-Gesellschaft, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Zahnärztekammer, die Apotheker und weitere Organisationen befürchten, dass sich die Gesundheitsversorgung in der Hansestadt mit den Änderungen deutlich verschlechtert. Die regionalen Strukturen in Hamburg werden Opfer einer staatlichen Vereinheitlichung des Gesundheitswesens werden. Das mache den Wettbewerb kaputt und führe zu erheblichen finanziellen Belastungen und Qualitätseinbußen. Der Zusammenschluss erwartet von Hamburger Politikern, dass sie sich die Bedeutung der Reform für die Metropole klar machen. Kritisiert wurden die geplante Verstaatlichung und die Entmachtung der Regionen. Die Hamburger Politik müsse den Gesundheitsstandort Hamburg weiterhin stärken und nicht der Koalitionsarithmetik in Berlin opfern. Foto: Eisentraut

teil ist geplant: staatliche Festsetzung von Beitragssätzen, staatlicher Beitragseinzug in einen Fonds,

staatliche Mittelzuweisung an die Kassen und Steuerzuschüsse. Und um den Zugriff des Staates auf die Leistungen der GKV sicher zu stellen, soll eine Art staatliche Regulierungsbehörde errichtet werden. Die Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV werden dann nicht mehr von der gemeinsamen Selbstverwaltung getroffen, sondern durch die hauptamtliche Leitung des Bundesausschusses, der so zu einer staatlichen Entscheidungs-zentrale mutiert.

Für die Krankenkassen soll es künftig einen Spitzenverband auf der Bundesebene geben. Da die Einzelheiten noch unklar sind, sind die Folgen schwer abschätzbar. Mit Sicherheit wird mehr Bürokratie geschaffen, und Abstimmungs- und Koordinationsmaßnahmen werden erschwert. Im Extrem wird der Dachverband Lösungen auf Basis des kleinsten gemeinsamen Nenners seiner konkurrierenden Mitglieder entwickeln oder aber mit wettbewerbserstickender Machtfülle Ergebnisse produzieren, die niemand wollte. In beiden Fällen wäre die Regierung genötigt, über Ersatzvornahmen korrigierend einzugreifen – eine enorme staatliche Einflussmöglichkeit. Damit hätte der Staat de facto alle zentralen Stellschrauben des GKV-Systems in der Hand. Schön, wenn dies zu besseren und schnelleren Entscheidungen und letztlich für eine bessere und effizientere Versorgung der Krankenversicherten führen würde. Doch davon kann nicht wirklich ausgegangen werden, wie man am Beispiel England sieht.

DER KOMMENTAR



Günter Ploß,
VdAK/AEV-
Landesvertretung
Hamburg

Missgeburt

Klare Worte haben die Wirtschaftsweisen bei ihrer Beurteilung der Gesundheitsreform-Vorstellungen der Großen Koalition gefunden: Die geplante Reform wurde als „misslungen“ bezeichnet, und der Gesundheitsfonds sei in seiner jetzigen Ausgestaltung eine „Missgeburt“.

Auch die in diesen Tagen im Bundestag stattgefundenen Anhörungen zum Gesetzentwurf waren ein Verriss der gesundheitspolitischen Vorstellungen der Großen Koalition. Außer den Partei- und Regierungsspitzen findet sich in der Bundesrepublik offensichtlich kein Ernstzunehmender, der ihre Vorstellungen unterstützt. Aber: Wer bietet diesem Treiben Einhalt? Etwas Hoffnung keimt auf: Die Beratungen im Bundestag sollen länger dauern als bisher, und der Bundestag bereitet 200 Änderungsanträge vor. Die Erwartung vieler: Die Koalition verständigt sich auf dringend notwendige Maßnahmen zur finanziellen Stabilität des Krankenversicherungssystems und damit der Krankenkassenbeiträge und zieht die Vorschläge zur drohenden Verstaatlichung des Gesundheitssystems und zur Wettbewerbsverhinderung zurück.

Die Ankündigung, die Kürzung des bisherigen Bundeszuschusses für die Krankenkassen aufgrund der unerwartet höheren Steuermehreinnahmen um eine Milliarde Euro zu verringern, ergibt keine grundsätzlich neue Sachlage. Im Gegenteil: Die Große Koalition dokumentiert damit eine Gesundheitspolitik nach Kassenlage. Solide, seriöse und nachhaltige Entscheidungen sehen anders aus.

Wenn der Gesundheitsfonds kommt, fehlt das Geld für Satzungsleistungen, freiwillige Leistungen im Rahmen der Gesundheitspolitik auf Landesebene, besondere Verträge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (etwa Disease-Management-Programme), Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung (siehe nächste Seite).

Durch den Fonds und seine Verknüpfung mit einer Zusatzprämie, die ausschließlich die Versicherten zu zahlen haben, wird diese zum zentralen Wettbewerbsparameter in der GKV. Der einzelnen Kasse bleibt keine andere Möglichkeit, als freiwillige Leistungen zu kürzen und den Service zu reduzieren, um die Zusatzprämie so gering wie möglich zu halten. Auch Pleiten, selbst großer Versorgerkassen, sind dann nicht mehr ausgeschlossen und offenbar politisch gewollt.



Für den Parlamentarischen Abend Ende August wurde das Thema Gesundheitsreform gewählt. Den Parlamentariern wurde klar gemacht, dass die Reform keine Problem löst, aber neue schafft und dass Hamburg besonders betroffen sein wird. Sie wurden gebeten, die Anliegen der Ersatzkassen in Berlin zu unterstützen. Unser Bild zeigt (v.l.) Martina Gregersen, Sozialpolitische Sprecherin der GAL-Bürgerschaftsfraktion, Angelika Schwabe, stellvertretende VdAK/AEV-Landesausschussvorsitzende, Gesundheitssenatorin Birgit Schniebert-Jastram, Dr. Werner Gerdemann, stellvertretender Vorsitzender des VdAK/AEV, Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg und im Hintergrund weitere Vertreterinnen und Vertreter der Ersatzkassen.

Foto: Kahnert

Auf Hamburg wartet ein Leidensprozess

Gemäß Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bestimmt die Bundesebene künftig den größten Teil der Leistungen, aber auch Beitragssätze und Geldzuweisungen aus dem Fonds. Ein Zusatzbeitrag verschlechtert die Wettbewerbsposition der Kasse. Zudem werden die Krankenkassen insolvenzfähig. Innovationen bzw. die Gestaltung von besonderen Versorgungsleistungen werden deshalb künftig kaum noch Bestandteil des Versorgungsangebots sein können. In Hamburg sind folgende Leistungen gefährdet:

- Diabetes-Vereinbarung
- Test auf Schwangerschaftsdiabetes
- Präventionsleistungen (z.B. Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennung)
- Zusatzvereinbarungen in Onkologie und Sozialpsychiatrie
- Schmerztherapievereinbarung
- Verträge zur Integrationsversorgung; dieser Vertragstyp wird sehr intensiv von den Ersatzkassen genutzt, da gerade in Hamburg eine Vielzahl von guten Anknüpfungspunkten am Medizin- und Wissenschaftsstandort existiert. Die Verträge stärken sowohl die Versorgung über die Vorreiterrolle als auch den Standort.
- Hautscreening (Hautkrebsfrüherkennung) von DAK, GEK, HEK, HMK, HZK und KEH

- Nicht verpflichtende Leistungen (Soll-Bestimmungen) in den §§ 20/21 SGB V
- Beteiligung an der KISS-Finanzierung
- Beteiligung am Selbsthilfegruppentopf
- Finanzierung von Selbsthilfeorganisationen
- Beteiligung an der Finanzierung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
- Freiwillige Leistungen bei der Suchtprävention (Drogenambulanzen)
- Beteiligung an der Finanzierung der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
- Sämtliche Ermessens- und Kulanzleistungen werden deutlich restriktiver gehandhabt werden
- Zuschüsse für Kurse der VHS
- Zuschüsse für Kurse der Sportvereine
- Zuschüsse für Kurse des Hochschulverbandes

Und wie überall werden die Kassen Kuranträge, Anträge auf Psychotherapie, Zuschüsse für Zahnersatz, Hörgeräte, Perücken und Stützstrümpfe besonders sorgfältig darauf prüfen müssen, ob sie berechtigt sind. Kulanz kann sich niemand mehr leisten.

Fazit: Hamburg wird besonders unter den Auswirkungen des GKV-WSG leiden

Rettungsdienst

Gebühren der Feuerwehr explodieren – Stadt will fast 40 Prozent mehr!

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat zum 01.11.2006 neue Rettungsdienstgebühren festgesetzt. Nach jahrelangen Auseinandersetzungen mit der Feuerwehr über die Höhe der Gebühren ist nun ein kräftiger Kostenanstieg für die Krankenkassen beschlossen worden.

Die Gebührenfestsetzung ist erfolgt, obwohl ein nach dem Hamburgischen Rettungsdienstgesetz vorgeschaltetes Schiedsstellenverfahren auf Betreiben der Feuerwehr noch nicht abgeschlossen worden ist. Die Zuversicht, dass dies möglich ist, nimmt die Stadt offensichtlich aus der Entscheidung des Verwaltungsgerichts Hamburg vom 30. Mai dieses Jahres. Hiernach soll es sich bei der im Rahmen der Änderung des Rettungsdienstgesetzes im Jahr 2003 eingeführten Verhandlungslösung mit einer ggf. sich anschließenden Schiedsstellenentscheidung in Wahrheit um ein reines Anhörungsverfahren handeln mit der Folge, dass es einer Schiedsstellenentscheidung wohl nicht bedarf. Nach Rechtsauffassung der mit Sozialrichtern besetzten

Schiedsstelle und der Krankenkassen war von einer Verhandlungslösung und damit von einer Anwendung des „Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ auszugehen. Die vertretene Auffassung des Verwaltungsgerichts zu Lasten der Krankenkassen macht den Weg frei zu einer Kostenanhebung um rund 37 (!) Prozent.

Den Krankenkassen unter Federführung der VdAK/AEV-Landesvertretung war es jahrelang gelungen, die Gebühren für den Rettungsdienst – wenn auch auf überhöhtem Niveau – stabil zu halten (s. Chronologie). Mit der Einführung des Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde auch für die Verhandlungen mit den landes- und kommunalrechtlichen Trägern des Rettungsdienstes die Bindung an den „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ bestimmt. Das Verwaltungsgericht betonte in seiner Ausführung, dass die Beträge in Hamburg nach wie vor durch eine Verordnung festgelegt werden und daher für eine Bindung an den o.g. Grundsatz kein Raum bleibe.

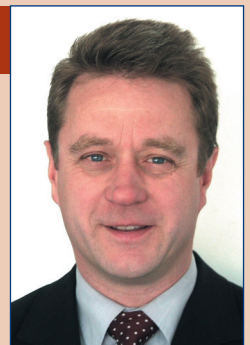
DER KOMMENTAR

Fehlfahrt des Senats

In Hamburg scheint Einigkeit darüber zu herrschen, dass sich die Feuerwehr herausnehmen kann, was sie will. Das gilt sowohl für die Beteiligung am lukrativen Rettungsdienst als auch für die Finanzierung. Die Stadt hat im Rahmen ihres Ermessens Dritte auch an der Rettung zu beteiligen. Geschehen ist dies nicht. Die Stadt hat sich nach ihrem eigenen Gesetz verpflichtet, Verhandlungen mit den Kostenträgern zu führen und zur Konfliktlösung eine Schiedsstellenentscheidung herbeizuführen, bevor es zur Festsetzung von Beträgen kommen darf. Geschehen ist auch dies nicht.

Die Kostenträger können nur hoffen, dass der Bundesgesetzgeber die geltenden Regelungsmechanismen im Sozialgesetzbuch auf ihre Wirksamkeit zum Schutz der Solidargemeinschaft überprüft, um zu verhindern, dass die Lücken in den kommunalen Kassen nicht über die Beiträge der Versicherten aufgefüllt werden. Der durch das Gesundheitsreformgesetz in § 133 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgenommene Hinweis, dass bei Festlegung der Vergütung durch eine auf Landesrecht basierende Schiedsstelle der „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ zu beachten ist, ist offensichtlich nicht ausreichend.

Warum das Verwaltungsgericht sich aufdrängende Rechtsfragen etwa in Bezug auf die Sinnhaftigkeit einer Schiedsstelle im Rahmen der Anhörung nicht beantwortet, mag an der Einstellung liegen, wonach „in Hamburg gegenwärtig und (...) auch in Zukunft die Entgelte (...) durch landesrechtliche Bestimmungen festgelegt“ werden.



Michael Rehkopf,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hamburg

Chronologie

Im Jahr 1993 hob die Stadt Hamburg die Kosten für die Rettung von damals 398 DM auf 533 DM (= 272,50 €, plus 33,9 Prozent) an.

1998 wollte sie erneut eine Anhebung der Gebühren von 533 DM auf 576 DM vornehmen. Dies hätte nach fünf Jahren einen weiteren erheblichen Anstieg um 8 Prozent bedeutet.

Diese Absicht hatte die Feuerwehr schließlich nach Widerständen der Krankenkassen fallen lassen und die Gebühr ab 01.01.1999 auf „nur“ 551 DM angehoben. Steigerung: 3,4 Prozent. Die Gebühr war ein Jahr gültig. Die Krankenkassen in Hamburg haben aufgrund der fehlenden Möglichkeit, gegen die Gebührenverordnung in Hamburg ein Normenkontrollverfahren nach § 47 VwGO anzustrengen, das Widerspruchsverfahren eingeleitet. Widerspruchsbescheide der Feuerwehr ergingen nicht.

Kurz vor Ankündigung der Krankenkassen, Untätigkeitsklage einzureichen, kam es zu einem Vergleich, der vorsah:

1. die Aufhebung der Gebührenanhebung zum 01.01.2000

2. eine Rückzahlung zu viel eingemommener Beträge für das Jahr 1999 und

3. die Einführung einer Verhandlungslösung, in der die Beträge für die Rettungsfahrten und den Krankentransport vereinbart werden sollten.

Die Vergütungsverhandlungen mit der Stadt Hamburg im Jahr 2004 führten zu keinem Ergebnis,

so dass die neu eingerichtete Schiedsstelle entscheiden musste. Diese wies die Forderung der Feuerwehr, die Gebühren auf knapp 400 Euro anzuheben, am 01.03.2005 zurück und gab den Krankenkassen Recht, indem festgelegt wurde, dass sich die Kosten nur im Rahmen des „Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ weiterentwickeln dürfen und im Übrigen nicht einzusehen sei, dass die Kosten für Fehlfahrten den zufälligen Nutzern des Rettungsdienstes aufgebürdet werden.

Das Verwaltungsgericht Hamburg hob die Entscheidung der Schiedsstelle auf, aber nicht deswegen, sondern aus formalen Gründen.

STICHWORT

Rettungsdienst

Das Hamburgische Rettungsdienstgesetz sieht vor, dass die Hilfsorganisationen und private Krankentransportunternehmen am öffentlichen Rettungsdienst beteiligt werden können. Tatsache ist jedoch, dass der Rettungsdienst in Hamburg fast ausschließlich von der Feuerwehr durchgeführt wird. Eine Beteiligung Dritter ist faktisch auf den Krankentransport beschränkt.

Der nach dem Gesetz zu schließende öffentlich-rechtliche Vertrag weist den Hilfsorganisationen offiziell den Krankentransport zu, während die Feuerwehr sich auf die Rettung konzentriert. Die Hilfsorganisationen sind in der Stadt lediglich mit zwei Fahrzeugen in die Rettung integriert. Rettungseinsätze dürfen sie nur dann fahren, wenn keine Fahrzeuge der Feuerwehr mehr verfügbar sind. Umgekehrt führt die Feuerwehr Krankentransporte nur dann durch, wenn die Hilfsorganisationen und auch private Anbieter, die im Wege der Einzelgenehmigung beteiligt werden, nicht fahren (können).

Während die Hilfsorganisationen – wenn auch in geringem Umfang – kaum am öffentlichen Rettungsdienst teilnehmen dürfen, besitzen Private bis auf einen Unternehmer keine Zulassung für die Rettung. Selbst dieses eine Unternehmen ist im Gegensatz zu den Hilfsorganisationen nicht in die Leitstelle eingebunden. Es erhält auch keine Aufträge über die Leitstelle, sondern muss dort lediglich mitteilen, einen Rettungseinsatz gefahren zu haben. Gesetzliche Regelungen über die Leitstelle mit ihren Aufgaben und den dortigen Verfahrensabläufen existieren in Hamburg nicht.



Leben retten darf nicht am Geld scheitern. Das darf aber kein Freibrief sein für eine Preissteigerung von fast 40 Prozent!

Landesbasisfallwert 2006

Wirtschaftlichkeitsreserven bleiben unberücksichtigt

Die Verhandlungen über den Landesbasisfallwert (LBFW) 2006 mit den Hamburger Krankenhäusern sind nach langen Auseinandersetzungen mit einem Schiedsstellenergebnis abgeschlossen worden. Der LBFW liegt bei 2893,40 Euro und somit rund 70 Euro unter dem Ausgangswert 2005. Es hat sich im Nachhinein gezeigt, dass die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) für das Jahr 2005 überhöht waren. Aufgrund von Korrekturen mit Hilfe der von der Schiedsstelle für 2006 festgesetzten Berichtigungstatbeständen ist eine Bereinigung erfolgt. Dennoch haben die AOK Rheinland/Hamburg und VdAK/AEV die Nichtgenehmigung der Schiedsstellenentscheidung beantragt. Hierfür gibt es mehrere Gründe:

1. Die durch ein Gutachten belegten Wirtschaftlichkeitsreserven für den nichtmedizinischen Teil der Krankenhauskosten in Höhe von 60 Millionen Euro wurden lediglich mit 20 Millionen Euro berücksichtigt.
2. Die Schiedsstelle hat für 2006 eine Personalkosten-/Tarifsteigerung von 4,5 Prozent berechnet, ohne hierfür eine nachträgliche Berichtigung zuzu-

lassen. Außerdem konnten die Argumente für eine Steigerungsrate in dieser Höhe nicht überzeugen.

3. Bei der Ermittlung des leistungsgerechten Basisfallwertes ist durch einen fehlerhaften Ansatz bei den Bewertungsrelationen eine falsche Obergrenzenberechnung (zum Nachteil der Krankenkassen) erfolgt.

4. Die für 2005 erfolgte Berichtigung des LBFW ist lediglich als einmaliger Ausgleich akzeptiert worden und nicht als dauerhafter Absenkungsbetrag.

Die Genehmigungsbehörde ist dem Antrag der AOK und der Ersatzkassen in den ersten beiden Punkten gefolgt. Die Schiedsstelle hat daraufhin entschieden, dass nunmehr überhaupt keine Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt werden. Einem Berichtigungsantrag zu den Personalkosten-/Tarifsteigerungen wurde zugestimmt.

Die Ersatzkassen prüfen jetzt gemeinsam mit den übrigen Kassenarten, ob gegen die abschließende (und von der Behörde genehmigte) Schiedsstellenentscheidung Klage eingereicht wird.

KURZ GEMELDET

- Als das „beste Portal im Rahmen der nach Paragraph 137 SGB V geforderten Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser“ hat die Verbraucherzentrale Hamburg (VZ) das Internet-Portal der Ersatzkassen bewertet. Insgesamt waren 22 Suchmaschinen im Test. Die VZ lobte besonders die guten Kombinationsmöglichkeiten bei den Suchkriterien, die Einheitlichkeit der Infoseiten und die direkte Vergleichsmöglichkeit zwischen den Häusern. www.klinik-lotse.de hat über eine Millionen Seitenzugriffe pro Monat.
- KISS Hamburg und Kliniken des Landesbetriebes Krankenhäuser Hamburg führen seit 2004 ein Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ durch. Orientiert an den Strukturen des KTQ-Qualitätssicherungsprogramms wollen die Initiatoren die Grundlagen für ein Qualitätssiegel entwickeln, das den Krankenhäusern die vorbildliche Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen der Region attestiert.
- Der Bedarf an Spenderorganen ist unverändert hoch. Organspenden rettet Leben. Jeder sollte sich mit dem Thema auseinander setzen und seine Entscheidung in einem Organspendeausweis vermerken, fordern die Ersatzkassenverbände. Organspenderausweise sind kostenlos in Arztpraxen, Apotheken, bei Krankenkassen und in Bezirksämtern erhältlich.
- Die Krankenkassen in Hamburg fördern seit dem Frühjahr 2006 ein Projekt der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) zur Stärkung präventiver Potenziale in Kindertagesstätten (Kitas). Es soll ein Netzwerk gesundheitsfördernder Kitas aufgebaut und ein Kompetenzzentrum errichtet werden. Vor allem benachteiligte Kinder in sozialen Brennpunkten sind die Zielgruppe dieses Projektes.

Ersatzkassen fördern die Prävention gegen Hautkrebs

Vertrag zum Hautscreening geschlossen

Hautkrebs ist die am weitesten verbreitete Krebsart weltweit und auch in Deutschland. Jährlich erkranken laut Prof. Dr. Eggert Stockfleth vom Hauttumorzentrum der Charité in Berlin mehr als 200 000 Menschen in Deutschland an Hautkrebs. Bereits heute erkrankt jeder Zweite über 60 Jahre an einem Hauttumor. Die Tendenz ist steigend. Ausgelöst wird Hautkrebs hauptsächlich durch zu intensives Sonnenbaden in freier Natur oder im Sonnenstudio.

Wichtig ist bei Hautkrebs: Je früher die Krankheit erkannt wird, desto größer sind die Heilungschancen. Neben der ärztlichen Früherkennung kann jeder selbst mit eigener Beobachtungsgabe dazu beitragen. Denn die Hautkrebsvorstufen sind sichtbar und tastbar. Dabei kann nach der ABCD-Regel vorgegangen werden. A steht für die Asymmetrie des auffälligen Hautstücks, B für die Begrenzung. Kennzeichen sind verwaschene, gezackte oder raue Ränder. C steht für das englische colour. Hellere und dunklere Flächen in einem Mal sind auffällig. D steht für den Durchmesser, der an der

breitesten Stelle eines Mals mehr als fünf Millimeter beträgt.

Hat man einen Verdacht, sollte auf jeden Fall der Hautarzt aufgesucht werden. Insgesamt sechs Ersatzkassen: DAK, GEK, HEK, HMK, HZK und KEH haben in Hamburg einen Vertrag zum Hautscreening mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen. Ziel ist es, Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen. Außerdem soll die Schulung von Versicherten die Präventionsmöglichkeiten steigern und eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen erreicht werden.

Alle Versicherten dieser Mitglieds-kassen ab dem 18. Lebensjahr können sich umfassend von den beteiligten Hautärzten untersuchen und beraten lassen. Der Versicherte muss nur seine Krankenversicherungskarte vorlegen. Der Arzt erhält für diese Vorsorgeuntersuchungen eine gesonderte Vergütung. Für den Versicherten entstehen keine Kosten.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege Wettbewerb versus Qualität?

Einigen konnten sich die Ersatzkassen mit dem Anbieterverband bpa über einen Vertrag zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nicht. Notwendig war ein Schiedsverfahren. Hauptstreitpunkte: Wie viele Mitarbeiter eines Pflegedienstes müssen für die Leistung qualifiziert sein, und welche Qualifikation müssen sie haben?

Die Position des bpa mutete etwas merkwürdig an. Danach kann jede examinierte Fachkraft die Leistung nach ihrer Ausbildung erbringen, als Kompromiss reicht Berufserfahrung in der Psychiatrie aus. Nach § 12 Grundgesetz dürfe kein möglicher Vertragspartner ausgeschlossen werden. Ein Pflegedienst müsse auch psychiatrisch pflegen dürfen, wenn z.B. nur einer seiner Patienten in einem halben Jahr diese Leistung braucht.

Die Forderung der Ersatzkassen: Für Vertretungen, vor allem aber für den fachlichen Austausch bei den zu versorgenden schwierigen Krankheitsbildern, ist es unerlässlich, dass mehrere Mitarbeiter eines Pflegediens-

tes die Leistung erbringen können, und diese alle eine umfangreiche Fachqualifikation nachweisen. Denn wieso gibt es eigentlich eine Fachweiterbildung für die Psychiatrie und eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung, wenn jede andere Krankenschwester das auch kann? Und ein Blick ins Krankenhaus zeigt, keiner lässt sich freiwillig von einem Arzt operieren, der nur ab und an ein Skalpell in die Hand nimmt. Die Position der Ersatzkassen wird von der Fachliteratur gestützt.

Die Schiedsperson hat sehr genau abgewogen, ob die Forderungen der Ersatzkassen Grundrechte verletzen, den Markt unzulässig beschränken und Wettbewerb verhindern. Mit Übergangsregelungen für Pflegefachkräfte, die heute im Rahmen einer Abrechnungsbefugnis die Leistungen erbringen dürfen, hat die Schiedsperson die Auffassung der Ersatzkassen in vollem Umfang bestätigt. Vertragspartner werden nur Pflegedienste, bei denen mindestens drei Fachkräfte die Leistung erbringen dürfen und alle die Zusatzqualifikation nachweisen.

BÜCHER

**Handbuch Frauen-Gesundheit**

Dr. Gisela Krause-Fabrizius, Gisela Südbek, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 2004, 12,- €

Es handelt sich mitnichten um Gejammer oder Ärztebeschimpfung, weil sie Frauen anders behandeln als Männer, sondern um ein Handbuch, mit dem

Frauen sich effektiv informieren, selbst beurteilen und helfen können. Einen Großteil nimmt die Information über den Körper der Frau im Vergleich zum Mann ein. Beurteilt wird, was normal, was krank ist, wie man beides unterscheiden kann, wann ein Arztbesuch ratsam ist und welche Präventionsmaßnahmen und Selbstbehandlungen es gibt. Dass Ernährung dabei eine wichtige Rolle spielt, kann nicht verwundern, da eine Autorin Ökotrophologin ist. Ein umfangreicher Register- und Adressenteil verbessert dieses tolle Buch noch weiter.

**Das neue Lexikon der Medizin-Irrtümer**

Noch mehr Vorurteile, Halbwahrheiten, fragwürdige Behandlungen

Werner Bartens, Eichborn-Verlag, Frankfurt/Main 2006, 270 Seiten, 19,90 €

Es ist schon verblüffend, was eine wissenschaftliche Prüfung alles an uralten Überzeugungen auf den Kopf stellen kann, zum Beispiel dass es nicht schädlich ist, Aufgetautes wieder einzufrieren, dass Nässe keine Erkältungen auslöst, oder dass der G-Punkt der Frau nicht existiert. Der Autor hat seine Beweise in seinem Fortsetzungswerk wieder mit einer umfangreichen Literaturliste belegt. Dennoch sei die Frage gestattet: Wieso hat gerade er Recht? Gibt es doch zu zahlreichen Sachverhalten auch „Gegenstudien“. Die Frage drängt sich umso mehr auf, als ganze Gruppen von Therapien, wie etwa fast alle besprochenen Naturheilverfahren, als wirkungslos betrachtet werden.

**Sonnige Traurigtage**

Illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bezugspersonen

Schirin Homeier, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main 2006, 128 Seiten, 19,80 Euro

Es gibt noch richtig gute Kinderbücher! Dies ist eins. Der erste Teil ist ein Bilderbuch mit eindrucksvollen Zeichnungen, in dem die Geschichte von Mona erzählt wird, deren Mutter psychisch krank ist, nicht belehrend, nicht

beängstigend, sondern sachlich und mit Herz. Der zweite Teil ist ein Ratgeber für Kinder, in dem Fragen beantwortet werden und die Kinder zur Selbsthilfe angeleitet werden, etwa indem sie sich Adressen für den Notfall notieren. Der letzte Teil ist ein Ratgeber für Eltern und andere Bezugspersonen. Ein schwieriges, tabuisiertes Thema kindgerecht präsentiert: bravo!

DER HAMMER DES MONATS

Auf den Hund gekommen

Auf den Hund gekommen ist ein amerikanisches Krebsforschungsteam, um mit Hilfe der empfindlichen Riechorgane der Vierbeiner Tumore bei Menschen zu erkennen. Viele Erkrankungen verändern im menschlichen Körper lokal den Stoffwechsel und erzeugen dadurch spezifische Substanzen, die auch in der Atemluft von Kranken zu finden sind. So stehen auch Tumore im Verdacht, Duftsubstanzen freizusetzen, allerdings in Konzentrationen, die die menschliche Nase überfordern. Hunde hingegen können an der Atemluft Gesunde und Krebskranke unterscheiden, und das offenbar mit großer Zuverlässigkeit.

Das amerikanische Forscherteam aus dem kalifornischen San Anselmo trainierte daraufhin fünf Hunde drei Wochen lang darauf, anhand von Atemproben Lungenkrebs oder Brustkrebs zu erkennen. Anschließend ließen die Forscher 55 Patienten mit Lungenkrebs, 31 mit Brustkrebs und 83 gesunde Patienten in Plastikröhrchen pusten.

Das Schnuppern nach der Krankheit brachte ein deutliches Ergebnis: Mit 99-prozentiger Sicherheit konnten die Hunde Patienten mit Lungenkrebs von den gesunden Probanden unterscheiden. Damit sei die Trefferquote fast genauso hoch wie die des Arztes, der bei Patienten mittels aufwändiger Labortests oder Computertomographie diagnostiziert hatte.

Allerdings wird es nicht so sein, dass man künftig auf den Hund in der Arztpraxis trifft. Für die Forscher steht nicht so sehr die Erkenntnis im Vordergrund, dass Hunde dazu in der Lage sind, sondern entscheidend ist für sie der Beweis, dass sich die Atemluft von Krebspatienten messbar unterscheidet.

Nun werden sie sich daran machen, Technologien zu entwickeln, um Atemproben zu analysieren, um so die von den Hunden mit der Krankheit assoziierten Chemikalien zu bestimmen. Damit, so die Wissenschaftler, bestünde erstmals die Möglichkeit, die Bevölkerung routinemäßig einem Krebstest zu unterziehen.

IMPRESSUM

Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144, 20148 Hamburg
Telefon 040/41 32 98 20, Fax 41 32 98 33
e-mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß