C 21156 F

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

Juni 2006

ersatzkassen

Schiedsamt entscheidet

Das Schiedsamt hat Anfang Mai in zwei Verfahren Entscheidungen zur Honorierung der Ärzte und Psychotherapeuten getroffen. Bei den Psychotherapieleistungen hatten sich die Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg nicht über die Finanzierung verständigen können.

Dieser Punkt war strittig, da durch ein Urteil des Bundessozialgerichts der vorgeschriebene Mindestpunktwert rückwirkend ab 2000 angehoben wurde. Grundsätzlich errechnet sich die Höhe der Punktwerte mit Hilfe des Verteilungsmaßstabs, den seit einigen Jahren die Ärzte und Krankenkassen gemeinsam vereinbaren. Im Rahmen der dort festgestellten budgetierten Gesamtvergütung trägt die Ärzteschaft das Mengenrisiko und damit auch das Risiko für die Vergütungshöhe jeder Leistung.

Aus Sicht der Ersatzkassen gilt dies auch für den Mindestpunktwert im Rahmen der Psychotherapie. Dieser Argumentation ist das Schiedsamt nicht gefolgt. Die aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts resultierende finanzielle Belastung wird laut Entscheidung des Hamburger Schiedsamtes für die Jahre 2000 bis 2004 zu gleichen Teilen von der Ärzteschaft und den Ersatzkassen getragen. Für das Jahr 2005 haben die Ersatzkassen die finanzielle Last alleine zu tragen.

Damit sind für die Ersatzkassen jetzt ähnliche Entscheidungen getroffen worden, die das gleiche Schiedsamt für die AOK festgesetzt hat und wie sie mit den Betriebskrankenkassen auf dem Verhandlungswege (!) vereinbart wurden. Damit werden auch im Ersatzkassenbereich gleichzeitig die fachärztlichen Honorare entlastet.

In dieser Ausgabe:

Gesundheitsreform
Fondsmodell löst Probleme nicht

Abrechnungsmanipulation
Zusammenarbeit macht stark gegen schwarze Schafe

Zahnersatz
Zahnärzte rechnen immer mehr privat ab

Bekanntlich zahlen die Ersatzkassen die höchsten Kopfpauschalen in Hamburg. Gerade von ihnen erhalten die Ärzte der Hansestadt gutes Geld für gute Leistungen. Künftig steigt diese Vergütung noch an. Mit diesem Anstieg verknüpfen die Ersatzkassen die Erwartung, dass ihre Hamburger Versicherten den Ärzten besonders „teuer“ sind, bleiben oder werden.

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

In einer zweiten Entscheidung hat das Landesschiedsamt den Ärzten für das Honorarjahr 2005 die Grundlohnsumme von 0,38 Prozent vollständig zugesprochen. Außerdem wurden die Punktwerte für Prävention und andere nicht budgetierte Leistungen auf 4,87 Cent erhöht. Aus Sicht der Ersatzkassen überraschend wurde zusätzlich noch eine Schiedsamtsentscheidung aus dem Jahre 1999 nachträglich geändert. Im Ergebnis wird die Vergütung rückwirkend ab 2005 um weitere 0,81 Prozent gesteigert. Für die Jahre 1999 bis 2004 ist rückwirkend eine anteilige Vergütung in Höhe von 20 Prozent des für diese Jahre ermittelten Gesamtbetrages zu leisten.

Ausgewählte Kopfpauschalen 2004

1	VdAK/AEV	DAK	152,19
6	VdAK/AEV	Barmer	141,91
9	VdAK/AEV	TK	137,25
23	VdAK/AEV	GEK	129,19
36	VdAK/AEV	HEK	126,44
41	VdAK/AEV	KKH	125,38
73	VdAK/AEV	HZK	118,81
116	AOK	AOK Hamburg	111,93
138	BKK	Securvita	107,81
160	BKK	Beiersdorf	102,63
167	BKK	Philips Medizin Systeme	98,68
168	BKK	Dräger	98,16
182	BKK	Mobil Oil	90,05
187	BKK	Kaiser's	87,64
192	BKK	Essanelle	80,92
194	BKK	Spar	79,27
202	BKK	VBU	60,89
159	IKK	IKK Hamburg	103,09
90	SEE	See-KK	116,17

(Quelle. KVH)

Alle hier geschilderten Ergebnisse sind noch nicht rechtskräftig. Im Rahmen der Entscheidungsfindung ist aus Sicht der Ersatzkassen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität vom Schiedsamt nicht ausreichend berücksichtigt worden. Gibt man den Ärzten mehr Geld (ob berechtigt oder nicht, muss in diesem Zusammenhang nicht interessieren), so muss irgendjemand dieses Geld aufbringen.

Da die gesetzliche Krankenversicherung keine Gelddruckmaschine besitzt, kann es nur von den Mitgliedern und ihren Arbeitgebern kommen. Der Durchschnittsbürger hat es ja, verdient er doch bekanntlich deutlich mehr als jeder Arzt. Der kann was abgeben. Genauso wie sein Arbeitgeber, den ein paar Euro Lohnnebenkosten zusätzlich auch nicht umbringen. Ein Schiedsamt hat (auch) den Auftrag, Kompromisse zu suchen und für einen Ausgleich der Interessen zu sorgen. In diesem Punkt kann das hiesige Schiedsamt sicher noch dazulernen.

Der Kommentar

Günter Ploß, VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

Große Koalition gegen Arbeitnehmer und Rentner

Ein neuer Begriff geistert durch die gesundheitspolitische Landschaft: Gesundheitsfonds. In diesen gigantischen Verwaltungsmoloch sollen alle Gelder für die Krankenversorgung zusammengeführt und anschließend auf jede einzelne Krankenkasse verteilt werden. Gelöst werden damit keine Probleme. Auch diejenigen nicht, die die Große Koalition selbst geschaffen hat: Anhebung der Mehrwertsteuer, Streichung des 4,2 Milliarden Euro-Zuschusses für versicherungsfremde Leistungen.

Der Fonds dient ausschließlich der Gesichtspflege der Koalitionäre. Wird doch unverhohlen propagiert, dass damit die nicht zu vereinbarenden Modelle einer Bürgerversicherung bzw. Kopfprämie nach den nächsten Bundestagswahlen und einer Beendigung der großen Koalition weiter verfolgt werden können. Dass damit die auf 15 Jahre Bestand angekündigte Gesundheitsreform bereits nach drei Jahren erneut auf dem Altar der Parteienakrobatik geopfert werden soll, scheint keinen zu stören.

Dass dieser Gesundheitsfonds zu einem Wettbewerb gegen Kranke führt und eine einseitige Lastenverteilung zu Ungunsten der Versicherten erfolgt, wird wohlweislich verschwiegen. „Das Gesundheitssystem wird teurer." So die Ankündigung der Bundeskanzlerin. Wohl wahr. Aber nur für die Arbeitnehmer und Rentner.

Fazit: Es wird die Axt an die Wurzel der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung gelegt. Nicht weniger, sondern mehr Solidarität ist gefordert. Deshalb ist auch eine Einbeziehung der PKV in eine Gesundheitsstrukturreform zwingend notwendig (vgl. auch Beitrag auf nebenstehender Seite).

„Gesundheits-Fondsmodell löst die entscheidenden Probleme nicht“

Vorstandsvorsitzende informierte Journalisten über ihre Bedenken

„Das Gesundheitsfonds-Modell löst die entscheidenden Probleme unseres Gesundheitswesen nicht, sondern verteilt lediglich die Finanzströme im Gesundheitswesen anders – und das mit erheblichem bürokratischen Aufwand.“ Das betonte die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV, Dr. Doris Pfeiffer, im Frühjahr vor Journalisten in Hamburg.

Weder das zentrale Problem der sinkenden Einnahmen der Krankenversicherung noch Fehlentwicklungen oder Versorgungsprobleme auf der Ausgabenseite würden damit gelöst werden. Vielmehr bringe das Modell einseitige Belastungen der Versicherten, zusätzlichen bürokratischen Verwaltungsaufwand beim Beitragseinzug und stärkere staatliche Regulierung.

Nach dem Gesundheitsfonds-Modell sollen die Krankenkassen künftig ihre Ausgaben über einen so genannten Gesundheitsfonds finanziert bekommen, der aus Beiträgen der Arbeitgeber (in Höhe von möglicherweise etwa sechs Prozent der Löhne und Gehälter), aus Beiträgen der Versicherten (rund sieben Prozent) und aus einer zweckgebundenen Steuer für die Finanzierung der Kinder (Gesundheitssoli in Höhe von 14 bis 16 Milliarden Euro), gespeist wird. Jede Krankenkasse soll aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten eine Pauschale von monatlich etwa 150 Euro erhalten. Zusätzlich soll eine so genannte „kleine Kopfpauschale“ von den Krankenkassen direkt bei den Versicherten eingezogen werden. „Das bedeutet im Klartext: Reicht das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, wird die Prämie, die ausschließlich von den Versicherten zu tragen ist, erhöht werden,“ erläuterte Pfeiffer. „Es besteht die Gefahr, dass Gesundheit künftig wieder eine Frage des Einkommens wird.“

Sehr großes Interesse fand die Pressekonferenz mit der Vorstandsvorsitzenden im Frühjahr in Hamburg.

Dr. Doris Pfeiffer vor Journalisten

Kostensteigerungen gingen damit allein zu Lasten der Versicherten, zumal bislang kein sozialer Ausgleich in dem bekannt gewordenen Modell vorgesehen sei. Angesichts der bisherigen Ausgabendynamik würden sich die Prämien sicher schnell verdoppeln und verdreifachen, warnte die Vorstandsvorsitzende. Unter dem Druck der absehbaren Prämienexplosion müsse der soziale Ausgleich aber – finanziert über die Steuern – nachgeschoben werden. „Eine gigantische Umverteilungsbürokratie wird in Gang gesetzt“, so Pfeiffer.

Die Vorstandsvorsitzende betonte, die Ersatzkassen unterstützten die Zielsetzung der Koalitionspartner, unnötige Bürokratie abzubauen. Gerade vor diesem Hintergrund sei die Fondslösung völlig unverständlich und kontraproduktiv. Während heute die Krankenkassen den gemeinsamen Beitragseinzug für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung organisierten, müssten zukünftig drei parallele Einzugsverfahren installiert werden (Fonds, Prämie und übrige Sozialversicherungsbeiträge).

Zugleich würde mit hohem Aufwand eine neue staatliche Fondsverwaltung mit wenig Bürgernähe aufgebaut werden. Die Überlegung zur Einrichtung eines Gesundheitsfonds zielten offensichtlich darauf ab, die Handlungsspielräume der Kassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung weiter einzuschränken, indem spiegelbildlich zum Gesundheitsfonds eine staatliche Regulierungsbehörde etabliert werde.

Abschließend appellierte die Vorstandsvorsitzende an die Politik, die GKV nicht ohne Not radikal umzustrukturieren. Das System habe sich über Jahrzehnte hinweg bewährt und habe Vorbildfunktion für viele andere Staaten der Welt.

(Bei Redaktionsschluss war noch nicht klar, ob das Fondsmodell Eingang in die Eckpunkte zur Gesundheitsreform finden wird.)

Abrechnungsmanipulationen

Zusammenarbeit macht stark gegen schwarze Schafe

Die Ersatzkassenverbände in Hamburg haben am 20. Juni 2001 ihre konstituierende Sitzung des „Arbeitsausschusses Abrechnungsmanipulation" (AAAM) durchgeführt und ermitteln seitdem gegen Falschabrechnung im Gesundheitswesen. Die Ersatzkassenverbände kamen damit schon im Vorgriff einer gesetzlichen Regelung in § 197 a SGB V nach (siehe Stichwort).

Der in Hamburg tätige AAAM hat mittlerweile fast 40 Sitzungen hinter sich gebracht und damit bereits viele Erfahrungen bei der Bekämpfung von Abrechnungskriminalität sammeln können. Die Anfangssitzungen waren noch von sehr vielen organisatorischen Fragestellungen gekennzeichnet. Mittlerweile hat sich ein auf Gegenseitigkeit basierendes Unterrichtungssystem etabliert, in dem jede in dem AAAM vertretene Mitgliedskasse Neufälle an alle Beteiligten einschließlich die koordinierende Landesvertretung meldet und dann im Rahmen des Federführungsprinzips die Vorgänge bearbeitet und, falls ein Anfangsverdacht besteht, das Landeskriminalamt und die Staatsanwaltschaft informiert.

Zwischen Gewinnmaximierung und Patientengefährdung

Ein Großteil der in Hamburg bearbeiteten Fälle stammt aus dem Bereich der Pflege, vor allem aus der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V, aber auch aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem SGB XI.

Die Facetten und die Auswirkungen des Fehlverhaltens sind vielfältig. So verbergen sich hinter der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen Situationen, in denen der Patient sich im Krankenhaus befand, in denen der Patient die Leistung selber übernehmen konnte oder aber, und das ist am kritischsten, Situationen, in denen der Patient oder Pflegebedürftige nicht versorgt war, also auch von einer Gefährdung ausgegangen werden muss.

Bei dem zweiten großen Aspekt von Fehlverhalten handelt es sich um den Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals. So dürfen bestimmte Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von examinierten Pflegekräften erbracht werden, andere, wie etwa die Medikamentengabe, erfordern zumindest eine Pflegeausbildung.

Da kann die Feststellung, dass die Leistung doch (von wem auch immer) erbracht wurde, nicht ausreichen. Das ist nicht die Leistungsqualität, die die Ersatzkassenverbände in ihren Verträgen vereinbart haben und finanzieren. Es ist auch nicht das Feld, sich Wettbewerbsvorteile auf dem engen Pflegemarkt zu verschaffen, weil geringer qualifiziertes Personal niedriger bezahlt wird.

In allen diesen Fällen wurden Zahlungen von den Pflegediensten zurückgefordert und – insbesondere bei gefährdenden Situationen für Patienten – Anzeige erstattet.

Leistungserbringer werden von den Kassen unter die Lupe genommen. Dies ist ein gesetzlicher Auftrag, bei dem nicht nur wirtschaftliche Interessen eine Rolle spielen, sondern vor allem die Kriminalitätsbekämpfung. Fotomontage: Radler

STICHWORT

Abrechnungsmanipulation

Nach § 197 a SGB V, der durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14.11.2003 in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen wurde, haben die Krankenkassen und ihre Verbände „organisatorische Einheiten" einzurichten, die „Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten". Der Umgang mit Finanzmitteln sowohl der Krankenkassen und ihrer Verbände (z. B. Korruption) als auch der Leistungserbringer (z. B. Falschabrechnung) ist zu überprüfen.

Der Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation (AAAM) nimmt die gesetzlichen Aufgaben für die Verbände der Ersatzkassen wahr und beschäftigt sich mit dem Fehlverhalten der Leistungserbringer. Der gesetzgeberische Auftrag legt die Zusammenarbeit mit anderen Krankenkassen und Krankenkassenverbänden und der Staatsanwaltschaft fest. Dies bedeutet, dass es – unabhängig von wirtschaftlichen Interessen – auch eine wichtige Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, der Kriminalitätsbekämpfung zu dienen.

Verschärfter Wettbewerb fördert Mogeleien

In jüngster Zeit nehmen neben der Pflege auch Ermittlungen aus Bereichen der Krankenversicherung zu.

Zu nennen ist insbesondere der Bereich Krankentransporte. Aufgrund der großen und zunehmenden Anzahl von Leistungserbringern bei einem gleich bleibendem Bedarf an Transporten besteht ein verschärfter Wettbewerb. Die Zulassung der Unternehmen fällt in die Zuständigkeit der Freien und Hansestadt Hamburg und ist zudem nicht bedarfsgesteuert. Dieser Umstand scheint die Bereitschaft bei einzelnen Unternehmen zu fördern, gelegentlich „mehr" abzurechnen.

Ermittlungen im Zahnarzt- und dem Arztbereich sind bislang im Wesentlichen in dem – auch in der Medienlandschaft verfolgten – bundesweiten „Globudentskandal" oder dem „Krankenversicherungskartenmissbrauch" erfolgreich gewesen. Diese Ermittlungen erfolgten in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen und Kassenärztlichen Vereinigung. Hier erhielten einige Zahnärzte in verschiedenen Tatvarianten unzulässigerweise Gelder beim Bezug von Zahnersatz, oder Ärzte und Apotheken verschafften sich auf Kosten der Solidargemeinschaft gemeinsam durch die rechtswidrige Benutzung von abhanden gekommenen Krankenversicherungskarten finanzielle Vorteile etwa durch die Abgabe von teuren Medikamenten zur Weiterveräußerung auf dem „freien Markt" oder die vorgetäuschte Abgabe.

DER KOMMENTAR

Ersatzkassen wurden Aufgaben gerecht

Die Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation ist ein notwendiges Mittel, um zu verhindern, dass Gelder der Solidargemeinschaft verloren gehen. Sowohl das im Sozialgesetzbuch verankerte Sachleistungsprinzip, das den Versicherten ohne eigenen Verwaltungsaufwand Arztbesuche ermöglicht, als auch das Kostenerstattungsprinzip ist für Manipulation anfällig.

Die im Sozialgesetzbuch geschaffenen Regelungen sind nicht sehr konkret und überlassen es der Selbstverwaltung, Mechanismen zu Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation zu schaffen. Die Ersatzkassen in Hamburg sind dieser Aufgabe gerecht geworden. Dies muss aber noch weiter ausgebaut werden. Obwohl es beachtenswerte Ermittlungserfolge und sicherlich auch einen nicht zu unterschätzenden Präventiveffekt der Arbeitsausschussarbeit gibt, sollte die Zusammenarbeit noch intensiver erfolgen als bisher.

Michael Rehkopf, VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

Sachgerechte Bewertung unmöglich

Krankenhausbericht für Hamburg liegt vor

Der Krankenhausbericht Hamburg für die Jahre 2003 bis 2004 liegt vor. Es handelt sich um eine quantitative Beschreibung über die Entwicklung der entsprechenden Kennzahlen der Hamburger Krankenhäuser. Grundlage ist die Hamburger Krankenhausstatistik.

Dem Bericht sind für die interessierte Fachöffentlichkeit Kennziffern aus den Hamburger Krankenhäusern in systematisch aufbereiteter Form zu entnehmen. Er enthält zudem die Belegungsdaten der Krankenhäuser bezogen auf vollstationäre, vor- und nachstationäre Fälle sowie die Zahl der ambulanten Operationen.

Außerdem enthalten sind fachabteilungsbezogene Fallzahlen, Behandlungstage und erstmals die Belegungsdaten der teilstationären Versorgungsangebote (Tageskliniken). Der Bericht wird ergänzt um Angaben zu Ausbildungsplätzen, Beschäftigten in den Krankenhäusern und die Zahl der medizinischen Großgeräte.

Aus dem Bericht ergibt sich, dass 2004 die nahezu gleiche Zahl von Behandlungsfällen wie 1995 behandelt wurde, bei einer um 25 Prozent reduzierten Verweildauer und mit 25 Prozent weniger Berechnungstagen.

Erfreulich ist der Anstieg der ambulanten Operationen von ca.15 000 auf ca. 40 000 Behandlungsfälle; diese Fälle werden zusätzlich von den Krankenkassen finanziert.

Mit dem vorliegenden Krankenhausbericht werden statistische Aussagen und Zeitreihen dargestellt, er sagt aber nichts aus über die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlich-/Unwirtschaftlichkeit der Hamburger Krankenhäuser.

Insbesondere ist die Finanzentwicklung nicht Bestandteil des Berichtes, gleichwohl dürfte unstrittig sein, dass die Ausgaben der Krankenkassen um ein Vielfaches gestiegen sind. Die Ersatzkassen vermissen entsprechende Aussagen, denn erst dadurch wäre eine sachgerechte Bewertung und ein Vergleich mit den genannten „Eckwerten“ möglich.

Über Zeitreihen ab 1995 sind folgende „Eckwerte“ ablesbar:

Zahl der Behandlungsfälle:	1995	=	389	Tsd.	2004	=	391	Tsd.
Anzahl der Berechnungstage:	1995	=	4,345	Mio.	2004	=	3,245	Mio.
Verweildauer :	1995	=	11,2	Tage	2004	=	8,3	Tage

GLOSSE

Verdammt gesund

Die Malediktologie, also die Wissenschaft vom Fluchen, ist noch ein relativ junger Zweig der Psychologie, der trotz seiner Jugend schon erstaunliche Ergebnisse zu Tage gefördert hat. Demnach bestehen etwa fünf Prozent der Gespräche am Arbeitsplatz und über zehn Prozent der Unterhaltungen in der Freizeit aus Fluchen und Schimpfen. Tendenz steigend. Aber damit nicht genug, denn, auch das ist jetzt wissenschaftlich erwiesen, Fluchen und Schimpfen ist gesund. Das hat der amerikanische Fluchforscher Reinhold Aman herausgefunden. So hilft ein Fluch nämlich, das seelische und körperliche Gleichgewicht wieder herzustellen. Denn ist man über irgendwen oder irgendetwas verärgert, wird man in einen Erregungszustand versetzt, der über derbe Worte und Gesten wieder abgebaut wird. Schimpfen hilft beispielsweise Berufstätigen, ihren Alltag besser zu ertragen oder Kranken, die so ihre Schmerzen besser bewältigen.

Einer der beliebtesten Orte, Schimpfkanonaden abzufeuern, ist übrigens das Auto. Hier reicht die Bandbreite von unflätigen Ausdrücken über den gezeigten Vogel bis hin zum Stinkefinger. Bei letzteren Aktionen ist jedoch Vorsicht geboten, denn trotz postulierter gesundheitlicher Förderung könnte man plötzlich mit einer Anzeige wegen Beleidigung konfrontiert werden.

Kurz gemeldet

- Das seit 1991 im Wesentlichen unverändert gebliebene Hamburger Krankenhausgesetz ist zwischenzeitlich aktualisiert worden. Es wurden insbesondere die Verpflichtung der Anforderungen an die Qualitätssicherung verbindlich für alle Krankenhäuser in Hamburg aufgenommen und die Beschwerdemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten verbessert.

- Die Ersatzkassenverbände in Hamburg haben sich schon frühzeitig gegen eine Verlagerung der Kompetenzen für das Heimrecht vom Bund auf die Länder ausgesprochen und mit ihrem Anliegen auch an Sozialsenatorin Birgit Schnieber-Jastram gewandt. Auch die Anbieterverbände und die Interessenvertretungen der Betroffenen unterstützen unsere Position.

- Das Hamburger Familienförderprojekt Adebar hat den Deutschen Präventionspreis 2006 gewonnen. Adebar ist ein Projekt, das werdende und junge Mütter im sozialen Brennpunkt St. Pauli mit einer Vielzahl von Angeboten unterstützt. Die Bertelsmann Stiftung, das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung hatten den Preis ausgeschrieben. Bundesweit hatten sich 270 Projekte beworben

- Die Ersatzkassenverbände haben sich auf einen Honorarvertrag mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Hamburg für das Jahr 2006 verständigt. Er sieht für das Budget der BEMA Teile 1, 2 und 4 eine moderate Anhebung vor. Für das Budget der BEMA Teil 3 wurde eine Nullrunde vereinbart.

Studie der Spitzenverbände:

Zahnärzte rechnen immer mehr privat ab!

Das Festzuschuss-System bei Zahnersatzleistungen, das seit Januar 2005 für gesetzlich Krankenversicherte gilt, hat laut einer Untersuchung der Spitzenverbände der Krankenkassen für das vergangene Jahr dazu geführt, dass Zahnärzte vermehrt Leistungen privat abrechnen. Die Folge: Die Versorgung mit Zahnersatz wird für die Patienten teurer. Während der Zuschuss, den die Krankenkasse bei der prothetischen Versorgung gewährt, je Fall nahezu gleich geblieben ist, stieg der Anteil der privaten Zuzahlung deutlich an. Er hat mittlerweile einen Anteil von 62 Prozent an den zahnärztlichen Honoraren erreicht.

Besonders die Ausgrenzung bestimmter zahnärztlicher Brücken- und Kombinationsversorgungen aus der Abrechnung nach Kassenpreisen führte zur Anhebung der finanziellen Eigenleistung der Versicherten. Wo etwa die neuen Richtlinien als Kassenleistungen nur noch herausnehmbaren Zahnersatz vorsehen, bekommt der Zahnarzt seit 2005 die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz (Brücken) nach den höheren Privatsätzen abzurechnen.

Andererseits schrecken viele Patienten vor den höheren privaten Zuzahlungen zurück mit der Folge, dass auf notwendige Gebisssanierungen verzichtet wird. Dadurch droht nach Ansicht der gesetzlichen Krankenkassen langfristig gesehen eine Verschlechterung der Zahngesundheit der Bevölkerung.

Es ist dringend notwendig, dass der Gesetzgeber den Kassen jetzt die Möglichkeit gibt, Leistungen für die Patienten günstiger einzukaufen, als es gegenwärtig durch die ausschließliche Anwendung der privatzahnärztlichen Gebührenordnung möglich ist. Alternativ müssten die so genannten Steigerungsfaktoren für prothetische Leistungen bei GKV Versicherten auf ein vernünftiges Maß begrenzt werden. Unter diesen Vorzeichen raten die Ersatzkassen ihren Versicherten dringend, sich vor und nach der Aufstellung der Heil- und Kostenpläne in ihren Geschäftsstellen der Kassen beraten zu lassen.

Die Studie steht im Internet unter www.gkv.info

DMP-Stützpunkt hat Arbeit aufgenommen

Seit 1. März 2006 besteht in der Hamburger Landesvertretung einen Stützpunkt DMP. Die mit drei Fachleuten besetzte Abteilung kümmert sich um alle Belange der Chroniker-Programme (DMP) für die Länder Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Bremen von der Vertragsgestaltung über die Formularerstellung bis hin zur Kommunikation mit allen Beteiligten. Die strukturierten Behandlungsprogramme gibt es in einzelnen Ländern mittlerweile für Diabetes I, Diabetes II, Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen und Asthma/COPD. Weitere sind in Vorbereitung.

Landesvertretung im Internet

Die Ersatzkassenverbände VdAK/AEV haben seit dem Frühjahr einen neuen Internetauftritt. Unter www.vdak-aev.de findet der interessierte Internetbesucher viele wertvolle Informationen rund um die Ersatzkassenverbände und die Gesundheitspolitik. Zugleich wurden die neuen Internetseiten der Hamburger VdAK/AEV-Landesvertretung online geschaltet. Hier gibt es Zahlen und Fakten zur Hamburger Gesundheitspolitik, alle veröffentlichten Presseerklärungen und Länderreports, ein kleines Bildarchiv und viele Informationen zu gesundheitspolitischen Auffassungen und Hintergründen.

Der Hammer des Monats

Zauberei für 2700 Euro

Das UKE kann zaubern. Tatsächlich! Im April vermeldete es im Abendblatt, aus ganz normalen Patienten – Verzeihung „Kunden" – Methusalems machen zu wollen. Gehen soll das mit aufwendigen Vorsorgechecks. Notwendig ist dafür angeblich nur eine Untersuchung für lockere 2700 Euro. Sie soll alle 2 bis 3 Jahre wiederholt werden.

Und wie ist dieses Wunder nun möglich? Ganz einfach, die Uniklinik fasst in einer vierstündigen Untersuchung Leistungen zusammen, die teilweise im Rahmen der Vorsorge oder bei Notwendigkeit von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Zum Vorsorgecheck gehören beispielsweise Laboruntersuchungen (ist in der GKV alle 2 Jahre möglich), Krebsvorsorge, Darmspiegelung, Ganzkörperkernspintomographie(!)... Aber auch so unsinnige Sachen wie Knochendichtemessung, die die GKV mit Bedacht nicht bezahlt, weil sie nicht aussagekräftig sind, kommen so wieder an den Mann und an die Frau.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass hier eine lukrative Geldquelle erschlossen wurde. Oder kann man doch 130 Jahre alt werden???

Tschüss, ich muss los. Zum UKE. Durchchecken lassen. Zauberei erleben!

Bücher

Präventive Hausbesuche

Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – als Arbeitsfeld für Pflegekräfte

Hans- Peter Meier-Baumgartner, Jennifer Anders, Ulrike Dapp, Vincentz Network, Hannover 2005, 112 Seiten plus Curriculum, 39 Euro

Der Abschlussbericht des Projekts wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit. Der präventive Hausbesuch einer speziell qualifizierten Pflegekraft ist ein Präventionsangebot als „Bring"-Struktur für ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. Ziel des Projekts war, Ausbildung und Einsatz einer Pflegekraft in der Gesundheitförderung zu entwickeln, zu erproben und zu beschreiben.

Der kleine Medicus

Dietrich Grönemeyer, Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 360 Seiten, 22,90 Euro

Der 12jährige Naseweis Nanolino besucht die High-Tech-Praxis von Dr. X und seiner schrillen Assistentin Micro Minitech. Mit einem Verkleinerungsapparat schrumpft sich Nanolino heimlich auf mikroskopische Größe und steuert mit einem Mini-U-Boot durch den menschlichen Körper. Ein Kinderbuch? Ja – aber von uns zur heimlichen Lektüre gerade für Erwachsene empfohlen. Beantwortet es doch so manche Frage, die sich selbst Experten im Gesundheitswesen stellen.

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