

hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

März 2004

Vorsicht bei Barzahlung! Kostenerstattungs- regelung birgt Fallen

Seit dem 1. Januar 2004 besteht die Möglichkeit der Kostenerstattung für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Patient erhält eine Privatrechnung für erbrachte Gesundheitsleistungen, die er bei seiner Krankenkasse einreicht. Das war bisher den freiwillig Versicherten vorbehalten. Doch Vorsicht ist geboten. Für den schlecht informierten Patienten kann es teuer werden.

Die Versicherten sollten sich die Wahl der Kostenerstattung gut überlegen und vorab die entsprechenden Beratungsangebote (zum Beispiel Geschäftsstellen der Ersatzkassen) nutzen. Denn es gibt eine Reihe von Tücken, die man kennen muss:

1. Der Versicherte ist an seine Entscheidung für Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Überblickt er nicht im Voraus, was im Laufe des Jahres auf ihn zukommt (Krankheiten sind nicht planbar!), ist er gegebenenfalls mit Belastungen konfrontiert, die er so nicht gewollt hat.
2. Die Wahl der Kostenerstattung gilt grundsätzlich umfassend. Wünscht der Patient beispielsweise die Kostenerstattung bei einem Kieferorthopäden, ist er auch bei allen anderen ambulanten Leistungserbringern (Ärzten, Zahnärzten, ambulanten Operateuren, Hörgeräteakustikern etc.) an die Kostenerstattung gebunden.

den. Sie kann aber auf die ambulante Versorgung begrenzt werden und gilt dann beispielsweise nicht für einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Reha-Maßnahme.

3. Der Patient muss jede Rechnung zunächst aus eigenen Mitteln bezahlen und kann sie erst anschließend bei seiner Krankenkasse einreichen. Dies ist aufwendig und kann im Einzelfall auch viel Geld binden.
4. Die Krankenkasse darf und wird dem Patienten, der Kostenerstattung gewählt hat, einen Abschlag auf die eingereichten Rechnungen abziehen. Dieser Abschlag beträgt derzeit bis zu zehn Prozent des Rechnungsbetrages und soll den erhöhten Verwaltungsaufwand und die Nachteile, die aus nicht durchführbaren Wirtschaftlichkeitsprüfungen entstehen, auffangen. Im Einzelfall können hier nennenswerte Summen zusammenkommen, die der Patient selbst zu tragen hat.
5. Eine große Gefahr besteht darin, Behandlungen in dem Glauben zu erhalten, es handele sich um Leistungen, die die Krankenkassen bezahlen müssen. Ist dies aber nicht der Fall, darf die Krankenkasse die Kosten nicht erstatten, und der Patient

bleibt auf der Rechnung sitzen. Da es im Einzelfall für den Patienten schwierig sein kann, zwischen Vertragsleistungen und privaten Angeboten zu unterscheiden, kann es zu bösen Überraschungen kommen.

Für Versicherte und Patienten gibt es fast immer mehr Nachteile als Vorteile. Die Entscheidung sollte deshalb gut überlegt sein. Ausdrücklich zu warnen ist davor, sich von Leistungserbringern mit dem Argument unter Druck setzen zu lassen, dann seien bessere Leistungen möglich. Alle Leistungen, die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, werden weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Aus diesem Grund ist Kostenerstattung nicht erforderlich.

Ob Kostenerstattung gewählt wird, ist allein Sache des Patienten. Niemand hat das Recht, ihn dazu zu nötigen oder gar zu zwingen. Und die Aussage, Kostenerstattung für Teilbereiche (etwa nur für die kieferorthopädische Behandlung) sei möglich, ist schlicht falsch.

In den Geschäftsstellen der Ersatzkassen wird ausführlich beraten, teilweise liegen auch Merkblätter bereit.

Das Ende eines Pflegeheims – oder die Unterschiedlichkeit der Wahrnehmung

Der Fußboden klebt, der Rollstuhl ist nicht aufgepumpt. Medikamente werden nicht richtig verabreicht, manche verschriebene Medikamente wurden nicht besorgt, das Personal wechselt ständig, weiß daher auch nicht so genau, was Sache ist. Kann es ja auch nicht, denn die Pflegedokumentationen werden kaum geführt. Manchmal ist nachts nur eine Hilfskraft da, und die ist vollkommen überfordert.

Das war die Wahrnehmung der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), ihres Zeichens zuständig für die Überprüfung der Qualität der Versorgung und der Pflege der Heimbewohner. Vier MDK-Prüfungen, eine Unzahl von Begehungen durch die Heimaufsicht, Anhörungen, Auflagen, Überprüfungen, ob die Auflagen erfüllt wurden – und am Ende Untersagung des Heimbetriebs, Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Pflegekassen.

Dazu das Verwaltungsgericht: Es sei noch kein Bewohner zu Schaden gekommen (die eine oder andere falsche oder fehlende Pille war wohl nicht so schlimm!) Dagegen das Oberverwaltungsgericht: Schluss mit lustig, es sei Zufall, dass noch kein Bewohner zu Schaden gekommen ist. Es handelt sich um gefährliche Pflege.

Und dann Ende Februar der Auszug der Heimbewohner, jeder woanders hin... Es waren nur zwölf, und sie und ihre Angehörigen waren gerne in einer überschaubaren kleinen Einrichtung. Das haben sie auch der Zeitung erzählt, doch geholfen hat es nicht.

Der Heimleiter ist eigentlich schon im Rentenalter. Warum hat er nicht verkauft, jemanden herangelassen, der die Situation meistert? Wollte er nicht. Schade!

„Das Verursacherprinzip einführen“

Ploß Experte bei Anhörung zu Essstörungen

Es kann nicht angehen, dass andere die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefährden, aber die gesetzliche Krankenversicherung für die Kosten der Heilung aufkommen muss. Das war eine der Aussagen, die Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, bei einer Anhörung am 15. Januar im Gesundheitsausschuss der Bürgerschaft vortrug.

Ploß war als Experte zu dem Thema Essstörungen für die Krankenkassenseite eingeladen worden. Anlass war ein Antrag der damaligen Regierungsparteien (CDU, FDP, PRO), eine groß angelegte spendenfinanzierte Kampagne ins Leben zu rufen, die Jungen und Mädchen über die Gefahren von Essstörungen wie Magersucht und Bulimie aufklärt, Krankheiten, die im Extremfall zum Tode führen.

Ploß führte weiter aus, ebenso wie die Tabakindustrie eine Vielzahl von Lungenkrebstoten moralisch mitverantworten habe, habe die Ernährungsindustrie Anteil an den Essstörungen von Kindern und Jugendlichen, weil sie die falschen Produkte herstell-

ten und anpriesen. Die Kassen seien mit den Folgekrankheiten konfrontiert und müssten die Kosten übernehmen, die andere verursacht hätten. Ploß: „Und wenn wir uns weigern, werden wir an den Pranger gestellt.“ Der Experte forderte die Politik auf, auch in Sachen Essstörungen das Verursacherprinzip einzuführen und diejenigen in die Mitverantwortung für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen einzubeziehen, die mit ihren Produkten bei jungen Menschen falsches Essverhalten provozierten.

Ploß vertrat im Übrigen die Auffassung, dass eine PR-Kampagne die Situation der Betroffenen und Gefährdeten nicht verbessern würde. Notwendig sei vielmehr die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, durch das unter anderem Kindertagesstätten, Schulen, Lehreraus- und -fortbildung, Schulärzte und Ärzte sowie die Präventions- und Vorsorgemaßnahmen der Krankenkassen miteinander verzahnt und abgestimmt würden. „Ernährung sollte als Unterrichtsfach verankert werden“, regte der Ersatzkassenvertreter an.

Den eigenen Körper erleben

15 094 Besucher konnte die „Balance“, die große Gesundheitsausstellung der Gmünder ErsatzKasse GEK, in Hamburg verzeichnen. Die Ausstellung gastierte auf ihrer bundesweiten Tournee vom 10. bis zum 18. Januar in der Halle „Fox“ des Hamburger Flughafens. Die Hansestadt war damit die 13. Station der „Balance“ auf ihrer Reise durch ganz Deutschland. Die multimediale Ausstellung lässt den Besucher seinen eigenen Körper spüren und erleben. Durch einen stilisierten Bauchnabel betritt er einen 150 Meter langen Schlauch mit insgesamt 27 Experimenten. Der Besucher kann durch einen Wald aus riesigen Körperhaaren spazieren und seine Haut in hundertfacher Vergrößerung betrachten.

Die GEK hat die „Balance“ zu ihrem 125. Geburtstag im vergangenen Jahr initiiert. Seither haben mehr als 185 000 Menschen die Ausstellung gese-



Absolutes Highlight der „Balance“ ist sicherlich die „Morph-Maschine“: Sie lässt den Besucher erleben, wie er in 20 oder 30 Jahren aussieht.

hen, davon rund 15 000 in Hamburg. Wegen der großen Nachfrage wird die Tournee auch im Jahr 2005 fortgesetzt.

Prävention durch Gesundheitsbildung Rahmenvereinbarung mit der VHS

Der Deutsche Volkshochschulverband (DVV) und die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) haben auf Bundesebene die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung vereinbart. Die am 1.5.2003 in Kraft getretene Rahmenvereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen Ersatzkassen und Volkshochschulen vor Ort, erleichtert Ersatzkassen-Mitgliedern den Zugang zu weiteren Angeboten der Gesundheitsförderung und wird in Hamburg aktiv umgesetzt.

Die Förderung nach Paragraph 20 SGB V ist eine Teilnahmeförderung; sie kommt also direkt den Versicherten zugute. Dies geschieht dadurch, dass den Teilnehmenden die Kursgebühr zu einem bestimmten Prozentsatz (je nach Kasse zwischen 80 und 100 Prozent) von ihrer Ersatzkasse erstattet wird, wenn sie nachweislich an mindestens 80 Prozent der Kursstunden teilgenommen haben. Der Nachweis erfolgt über eine spezielle Teilnahmebescheinigung der Volkshochschule.

Welche Kurse den Erstattungskriterien der Ersatzkassen entsprechen, erfahren die Versicherten bei der Hamburger Volkshochschule oder ihrer Ersatzkasse. Die hauptsächlichen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind:

- **Bewegungsgewohnheiten,**
- **Ernährung,**
- **Stressreduktion/Entspannung und**
- **Genuss- und Suchtmittelkonsum**

Die Hamburger Volkshochschule bietet für diese Gesundheitsfragen des Alltags konkrete Hilfe zur Selbsthilfe mit qualitativ gesicherten und anerkannten Bildungsangeboten und Lehrmaterialien an. Die Unterstützung der Teilnahme durch die Kassen ist ein wichtiger Schritt in Richtung Prävention und Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge.“

Die Ersatzkassen in Hamburg freuen sich, dass sie ihren Versicherten weitere wohnortnahe gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten können. Denn schon immer war Vorbeugen besser als Heilen.

Gesundheitsreform:

Jetzt das Beste daraus machen

Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz wird auch in Hamburg das Gesundheitswesen in vielen Bereichen umkrempeln. Die Ersatzkassen in Hamburg bedauern, dass die Versicherten und Patienten durch höhere Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen stärker belastet werden. Jetzt geht es aber darum, die positiven Ansätze der Reform auch zügig umzusetzen. Nicht zuletzt, weil die Ersatzkassen mit über 550 000 Versicherten und fast 50 Prozent Anteil in Hamburg die größte Kassenart sind, haben sie eine besondere Verantwortung bei der Gestaltung der hamburgischen Gesundheitslandschaft. Schwerpunkte bei der Umsetzung werden für die Ersatzkassen in folgenden Bereichen setzen:

- **Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung,**
- **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,**
- **neue Kooperationsformen mit Apotheken.**

Die VdAK/AEV-Landesvertretung will gerade in Hamburg Beiträge zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung und zur wirtschaftlichen Ausgestaltung des Gesundheitswesens leisten. Die Konzentration auf das stationär wirklich Notwendige ist ein weiteres Ziel unserer Versorgungspolitik. Die

medizinisch-technische Entwicklung erlaubt immer häufiger, Operationen ambulant durchzuführen. Diese Versorgung ist nicht nur qualitativ hochwertig, sondern kann auch äußerst wirtschaftlich erbracht werden.

Die Ersatzkassen in Hamburg nehmen auch die Herausforderung des demographischen und gesellschaftlichen Wandels aktiv an. Unter der Überschrift „Disease-Management-Programme“ wird für die Krankheitsbilder Diabetes (bereits gestartet) und Brustkrebs (Beginn in Kürze) durch spezielle Behandlungsprogramme die Versorgung der Patienten verbessert.

Belastet werden die Versicherten und Patienten durch höhere Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen. Sie tragen damit den weitaus größten Teil der Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen. Durch die künftige Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Steuern und einige Strukturverbesserungen werden die Krankenkassen andererseits entlastet, wovon dann auch die Versicherten profitieren.

Die Versicherten können außerdem Bonusprogramme nutzen, die gesundheitsbewusstes Verhalten belohnen. In Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsunternehmen bieten die Ersatzkassen attraktive Pakete für Zusatzversicherungen an.

Selbsthilfegruppen

Förderung erheblich gesteigert

Die Ersatzkassen in Hamburg haben die Förderung für die Selbsthilfegruppen der Hansestadt im Jahr 2004 erneut erhöht. Sie zahlten fast 38 580 Euro. Im vergangenen Jahr waren es rund 35 600 Euro gewesen.

Die Arbeit der etwa 1 400 Selbsthilfegruppen in Hamburg ist unverzichtbar bei der Krankheitsbewältigung sowie der Linderung und Heilung von Krankheiten. Gerade der Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen, die Weitergabe von Tipps und Informationen, aber auch die psychologische Komponente, der Trost, den man sich gegenseitig spenden kann, die Erfolgserlebnisse, die geteilt werden, haben positive Effekte auf die Betroffenen. Das ist auch der Grund dafür, dass die Ersatzkassen einer Erhöhung zugestimmt haben. Die Ersatzkassen werden wie im

vergangenen Jahr auch die Selbsthilfekontaktstellen in erheblichem Umfang fördern. Mit dem Geld soll vor allem die neue KISS-Geschäftsstelle in Harburg gesichert werden.

Darüber hinaus fördern die Ersatzkassen individuell Selbsthilfeorganisationen.

Am 24. Februar fand eine Veranstaltung Selbsthilfe im Hause der Patriotischen Gesellschaft statt, bei der die langjährige Projektleiterin des Projektes Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS), Astrid Estorff-Klee, verabschiedet worden ist. Für die Hamburger Krankenkassen nahm Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg teil. In einer Diskussionsrunde mit Experten und Politikerinnen betonte er noch einmal die Bedeutung der Selbsthilfe.

Keine Zugeständnisse an Krankentransport

Die Ersatzkassenverbände verhandeln derzeit mit den privaten Krankentransportunternehmen und den Hilfsorganisationen in Hamburg. Im Gegensatz zu den anderen Krankenkassenverbänden können die Ersatzkassen keinerlei Zugeständnisse beim Einzugsweg der Eigenanteile machen, da dies bei ihnen zu erheblichen Zusatzkosten führen würde.

Nunmehr ist es gelungen, mit der (privaten) Arbeitsgemeinschaft Krankentransportförderung e.V. eine Vergütungsvereinbarung für die angeschlossenen Unternehmen unter Beibehaltung des bisherigen Einzugsverfahrens der Eigenanteile zu vereinbaren. Der Vertrag sieht zwar

eine Steigerung der Stadtpauschale von 64,42 auf 65,50 Euro ab 01.01.2004 vor, dennoch können die Ausgaben im Rettungsdienst mit dieser Regelung über alle Mitgliedskassen konstant gehalten werden. Positiv ist anzumerken, dass eine Hilfeleistung am Unfallort ohne eine anschließende Beförderung des Versicherten mit dem Hinweis auf die nicht bestehende Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aus der Vereinbarung gestrichen werden konnte.

Es bleibt abzuwarten, ob es gelingt, neben den Hilfsorganisationen auch die anderen privaten Unternehmen zum Abschluss zu bewegen. Dafür setzen wir uns ein.

Gut versorgt

Hamburg hat eine hervorragende medizinische Versorgung. Dazu gehören nicht nur Ärzte und Krankenhäuser, sondern unter anderem auch viele Heil- und Hilfsmittelerbringer. Wie viele sich um das Wohl der Versicherten in Hamburg kümmern, geht aus nebenstehender Statistik hervor.

Zugelassene Heil- und Hilfsmittelerbringer in Hamburg

Heilmittelerbringer

	Anzahl
Masseure / Physiotherapeuten	723
Logopäden / sonstige Sprachtherapeuten	156
Ergotherapeuten / Beschäftigungstherapeuten	72
Podologen / med. Fußpfleger	11

Hilfsmittelerbringer

	Anzahl
Apotheken	200
Augenärzte (Kontaktlinsen).....	67
sonstige Hilfsmittelerbringer.....	77
Haarersatzanbieter	32
Hörgeräteakustiker	76
Optiker	262
Orthopädieschuhmacher	49
Orthopädietechniker / Sanitätshäuser.....	62

Impressum
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144, 20148 Hamburg
Telefon 040/41 32 98 20, Fax 41 32 98 22
e-mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert
Verantwortlich: Günter Ploß

Hochschulambulanz Schiedsstelle folgte weitgehend unseren Auffassungen

Am 1. März 2004 fand die Schiedsstellenverhandlung zur Vergütung der humanmedizinischen Hochschulambulanz des UKE statt.

Die Schiedsstelle legte eine Pauschale in Höhe von 63 Euro pro Fall und Quartal über alle Leistungsbereiche für das Jahr 2003 fest. Eine Einzelleistungsvergütung auf Basis des EBM für strahlentherapeutische Leistungen wurde abgelehnt. Unter einem Quartalsfall wird verstanden, dass für den Versicherten dieser Betrag abgerechnet werden kann, unabhängig davon, wie oft er in welcher Ambulanz in einem Quartal behandelt wird. Der Antrag der Krankenkassenverbände, einen Vertragsinhalt mit abrechnungstechnischen Regelungen festzusetzen, lehnte die Schiedsstelle ab.

Die Krankenkassenverbände in Hamburg hatten eine Pauschale über alle Leistungen in Höhe von 44,40 Euro pro Fall und Quartal beantragt. Das entspricht unter Berücksichtigung von zehn Prozent Investitionskosten dem durchschnittlichen Quartalsfallwert der niedergelassenen Ärzte. Die Hochschulambulanzen führen „zum Zwecke von Forschung und Lehre“ eine mit dem niedergelassenen Bereich vergleichbare Tätigkeit durch.

Abgelehnt haben die Krankenkassenverbände die Analogie zu „vor- und nachstationären Leistungen“. Aufgrund

dieser Basis beantragte das UKE eine Pauschale von 109 Euro. Zwar wollte der Gesetzgeber ursprünglich, dass die Hochschulambulanzen in Anlehnung an die im vor- und nachstationären Bereich gezahlten Vergütungen entlohnt werden. Diese Überlegung ist im Gesetzgebungsverfahren aber zunehmend in den Hintergrund gerückt. Die Krankenkassenverbände haben dies aufgegriffen und deutlich gemacht, dass im Leistungsspektrum des vor- und nachstationären Bereichs vollkommen andere Inhalte im Vordergrund stehen.

So geht es hauptsächlich um die Diagnostik mit den gerätetechnischen Mitteln eines Krankenhauses zur Abklärung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Diese Tätigkeit ist Teil eines gesetzlichen Versorgungsauftrages. Erst wenn der niedergelassene Arzt der Auffassung ist, ambulant nicht mehr weiterbehandeln zu können, überweist er den Versicherten in ein Krankenhaus. Dort werden dann vor- und nachstationäre Leistungen erbracht. Die Hochschulambulanz hingegen dient nicht der Versorgung, da ihre Ermächtigung so zu gestalten ist, dass „die Untersuchung und Behandlung ... in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ durchgeführt werden kann. Versuche des UKE, die Höhe des eigenen Antrags mit einem Versorgungsauftrag zu begründen konnten so zurückgewiesen werden.

Gynäkologen brechen das Gesetz Praxisgebühr für Vorsorgeuntersuchungen erhoben

„In unserer Praxis wird grundsätzlich bei jeder medizinischen Leistung die Kassengebühr erhoben. Dies gilt auch für die Krebsfrüherkennung und die Schwangerenvorsorge, da die gebührenfreien Vorsorgeleistungen der Kassen für unseren medizinischen Standard nicht ausreichen.“ So steht es in einem Informationsblatt zweier Hamburger Gynäkologen geschrieben.

Mit Empörung haben die Ersatzkassen dieses Gebaren zur Kenntnis genommen. Denn diese Praxis ist eindeutig ein Verstoß gegen geltendes Recht. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass für die ausschließliche Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen keine Praxisgebühr (denn darum handelt es sich und nicht um eine „Kassengebühr“) gezahlt werden muss.

Natürlich ist vorstellbar, dass in Einzelfällen wegen des Ergebnisses der Vorsorgeuntersuchung weitere Leistungen

erbracht werden, für die dann auch die Praxisgebühr zu entrichten ist. Wenn aber Ärzte von vornherein Vorsorgeuntersuchungen als zuzahlungspflichtig deklarieren, kann nur dahin interpretiert werden, dass regelmäßig „ergänzende Maßnahmen“ ohne Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und damit ohne Rechtsgrundlage als „kurative Leistungen“ erbracht und abgerechnet werden. Außerdem könnte bei den Patientinnen der Eindruck entstehen, dass die gebührenfreien Vorsorgeleistungen grundsätzlich nicht ausreichen, obwohl diese bundesweit zwischen Ärzten und Krankenkassen vereinbart worden sind.

Die Krankenkassen/-verbände haben das Informationsblatt zum Anlass genommen, die Kassenärztliche Vereinigung anzuschreiben. Sie soll veranlassen, dass diese Art von Information und Handhabung künftig unterbleibt. Ferner haben die Kassen die Aufsicht eingeschaltet, um die betreffenden Ärzte zur Verantwortung zu ziehen.