

niedersachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Feb. 2005

Kieferorthopädie:
Kritik am Landessozialgericht

Drohung mit dem Bonbon

„Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.“ So steht es im Sozialgesetzbuch. Grund: Der Gesetzgeber sieht in der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ein schützenswertes Gut – und in dem Kollektivverzicht den Versuch, diese zu stören. Folglich wollte er Ärzte vom Kollektivverzicht abschrecken, als er den Paragraphen 95 ins Fünfte Sozialgesetzbuch geschrieben hat. Die Bestimmung sieht bei Kollektivverzicht Sanktionen vor, etwa eine sechsjährige Zulassungssperre. Ausgerechnet ein Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen droht die Intention des Gesetzgebers nun ins Gegenteil zu verkehren: Danach wird die AOK Niedersachsen verpflichtet, „es zu unterlassen, ihren Versicherten gegenüber zu erklären, die Antragstellerin (eine kollektivverzichtende Kieferorthopädin aus Bremervörde – d. Red.) dürfe neue Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen nicht beginnen.“

Würden die Kollektivverzichtler tatsächlich für neue Behandlungsfälle zur Verfügung stehen, hätte das Gericht sie letzten Endes für ihr pflichtwidriges Handeln belohnt und gegenüber der Mehrheit der vertragstreuen Kieferorthopäden besser gestellt, weil sie weder Abrechnungs-

beschränkungen noch der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit mehr unterlägen. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Sanktion wird zum Bonbon. Die Krankenkassen gehen deshalb gemeinsam gegen den Beschluss des Landessozialgerichts vor, um soziales Unrecht durch Rechtssprechung zu verhindern.

Zwangslage für Patienten

Es ist abwegig, wenn Kieferorthopäden zuerst die Kassenzulassung zurückgeben und dann ohne Rück-

sicht auf Verluste nach Wegen suchen, Geld von der gesetzlichen Krankenversicherung zu bekommen. Ihr Versprechen, das finanzielle Risiko bei Behandlungen ohne Kassenzulassung zu tragen, soll nur weitere Patienten in eine Zwangslage bringen. Schon in der Vergangenheit haben Kieferorthopäden inmitten laufender Behandlungen plötzlich die Bedingungen geändert und eine Fortsetzung der Therapie davon abhängig gemacht, dass sich die Patienten den neuen Konditionen unterwerfen. ■

Kieferorthopädie II

Seltsames aus Osnabrück

November 2004, eine kieferorthopädische Praxis in Osnabrück. Ein Anrufer fragt nach einem Termin für sein Kind. Die gute Nachricht: Innerhalb von 14 Tagen kann der Nachwuchs kommen. Dieselbe Praxis, nur fünf Minuten später: Wieder klingelt das Telefon, eine Frau fragt nach Behandlungsmöglichkeit. Die niederschmetternde Antwort: Im Moment gibt es „keine Kapazitäten“, die Warteliste der Praxis ist eineinhalb Jahre lang. Was hat die Anruferin bloß falsch gemacht? Lösung: Sie hat gesagt, dass ihr bisheriger Behandler nur noch privat abrechnet.

Die von NDR-Journalisten gestellten Anrufe machen deutlich, dass Vertragszahnärzte gegen ihre Behandlungspflichten verstoßen: Um den Versuch von Standeskollegen zu unterstützen, durch Rückgabe der Zulassung Privatabrechnungen zu erzwingen, verweigern sie Kindern die Behandlung. Der NDR-Bericht zeigt auch: Den Versorgungsnotstand, auf den sich viele

Kieferorthopäden ohne Kassenzulassung bei ihrer Forderung berufen, gibt es nicht, sondern soll provoziert werden. Die neue Führung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) wird sich daran messen lassen müssen, ob die im System der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Kieferorthopäden ihrer Pflicht nachkommen, Patienten unabhängig von ideologischen und politischen Erwägungen zu behandeln. ■

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Niedersachsen des VdAK/AEV
Rathenaustraße 1 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 3 03 97-0
Telefax: 0511 / 3 03 97-99
LV-Niedersachsen@vdak-aev.de
Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer

Legendenbildung

Wenn Kieferorthopäden auf ihre Kassenzulassung verzichten, nennen sie als einen ihrer Gründe häufig die **Tagesprofile**. Diese Regelung würde ihnen verbieten, künftig mehr als sechs Stunden pro Tag zu arbeiten. Wer diese Zahl ursprünglich in die Welt gesetzt hat, ist heute wohl kaum mehr nachzuvollziehen. Fest steht, dass die Darstellung falsch ist. Entweder glauben die Kieferorthopäden wirklich daran, oder sie versuchen, die Öffentlichkeit bewusst in die Irre zu führen. In beiden Fällen ist eine Richtigstellung dringend geboten, denn keineswegs werden Zahnmediziner durch die Regelung in ihrem Fleiß gebremst.

Bei den Tagesprofilen geht es um Prüfungen von Abrechnungen auf Plausibilität. Damit soll verhindert werden, dass Anbieter mehr Zeit abrechnen, als der Tag Stunden hat. Solche Profile werden von einer renommierten Organisation wie „transparency international“, die Abrechnungsfehlverhalten und Korruption im Gesundheitswesen bekämpft, seit langem gefordert. Der Maßstab für die Tagesprofile ist dabei die engagierte Tätigkeit eines Mediziners, bei Ärzten wird beispielsweise ein Arbeitstag von bis zu zwölf Stunden zu Grunde gelegt. Darüber hinaus gehende Arbeit ist auch nicht „verboten“, sondern wird überprüft.

„Gerade so am Leben erhalten“

Über das Wohl der Patienten reden (Zahn)Arztfunktionäre viel und gern – und meinen dabei nicht selten die eigenen Interessen. Wie viel einigen Medizinern wirklich an ihren Patienten liegt, hat das ARD-Fernsehmagazin Panorama gezeigt. Panorama berichtete über das Internetforum Facharzt.de, einen virtuellen Ärztestammtisch, an dem Mediziner passwortgeschützt Klartext reden. Gesetzlich Krankenversicherte, auch als „Kassenzecken“ oder „Gesockse“ bezeichnet, heißt es dort etwa, sind „lästig und haben nur Anspruch auf das, was sie gerade so am Leben erhält.“ Ein ande-

rer Heilkundiger meint: „Den Patienten muss in der Kassensprechstunde so das Kotzen kommen, dass sie freiwillig zum Kostenerstatter mutieren.“ Augenarzt B. bringt es auf den Punkt: „Für mich gibt's nur ein Thema: Mehr Geld (...). Alle anderen Themen sind doch Kokolores.“

Fazit der Panorama-Redakteure: „Wir wissen, dass längst nicht alle Mediziner so denken und schreiben. Nur bei bestimmten Berufsgruppen – und zu denen zählt der Stand der Ärzte allemal – sind selbst kleinste Minderheiten dieser Art ein großer Skandal.“

Die Äußerungen aus dem Ärzteforum sind von Inhalt und Wortwahl nicht nur jenseits von gutem Geschmack und Anstand, sondern sie verletzen auch die Menschenwürde. Das wäre Grund genug, sie an dieser Stelle nicht noch einmal abzudrucken. Außerdem geht die große Mehrheit der Ärzte verantwortungsvoll mit dem Vertrauen der Patienten um. Und doch spricht etwas dafür, die Leser mit den Zitaten zu konfrontieren: Jeder einzelne Mediziner, der seine Patienten verachtet, muss bei der ärztlichen

Selbstverwaltung die Alarmglocken läuten lassen. Vor solchen „Heilkundigen“ müssen die Patienten geschützt werden. Es muss eine klare gemeinsame Positionierung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen geben, dass Ärzte nach derartigen Äußerungen gesetzlich Krankenversicherte nicht mehr behandeln dürfen. Der Entzug der Zulassung ist die einzig richtige Antwort.

Die Redaktion

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Honorarverteilung der alten Führung nichtig

Der Maßstab zur Verteilung der zahnärztlichen Honorare aus dem Jahr 1999 ist nichtig. Das hat das Landessozialgericht entschieden (L3 KA 62/04). Das Gericht rügte in dem Urteil vor allem, dass die alte Führung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) Abrechnungsobergrenzen für Zahnarztpraxen einheitlich gestaltet und damit gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit verstoßen hat. Durch die starren Regelungen wurde beispielsweise nicht berücksichtigt, wie viele Patienten eine Praxis versorgt: Die mit hohem Patientenaufkommen durfte

nicht mehr abrechnen als die mit weniger Patienten. Diese Leistungsfeindlichkeit hatten auch die Krankenkassen immer wieder kritisiert. Seit Juni 2004 muss die KZVN die Honorarverteilung gemeinsam mit den Krankenkassen vereinbaren. Die Kassen wollen dabei mehr Verteilungsgerechtigkeit und Leistungsorientierung durchsetzen.

Die neue KZVN-Führung ist nun gefordert, die Fehler der alten Führung zu korrigieren und die Honorarbescheide ab 1999 zu überarbeiten. ■

Aufklärung von Abrechnungsmanipulation

KZVN zieht Antrag auf einstweilige Verfügung zurück

Der scheidende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) hatte sich zum Ende seiner Amtszeit noch einmal richtig ins Zeug gelegt: „Unverfroren, unseriös und diffamierend“, polterte er, seien die Vorwürfe der Ersatzkassenverbände, dass die KZVN unter seiner Führung die Aufklärung von Abrechnungsmanipulation verhindert habe. Und: „Unter den gegebenen Umständen ist uns nichts weiter übrig geblieben, als die Rücknahme dieser Äußerungen auf dem Rechtswege weiter zu verfolgen.“ In der Sache ging es darum, dass der KZVN eine Liste mit konkreten Verdachtsmomenten gegen eine Zahnarztpraxis

vorlag, sie sich aber dennoch weigerte, zur Prüfung der Vorwürfe mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten, wie es das Sozialgesetz vorsieht.

Ganz aus der Luft gegriffen war die Kritik an der KZVN scheinbar nicht: Die Zahnärzteschaft selbst hat den Antrag auf einstweilige Verfügung gegenüber dem Sozialgericht Hannover jetzt zurückgezogen. Zuvor hatte die alte KZVN-Führung eine Schlappe erlitten, als das Landgericht die Behandlung des Antrags verweigert und an das Sozialgericht verwiesen hatte. ■

Die Mär vom Ärztemangel

Es war einmal, vor vielen Jahren, da gab es in Niedersachsen 5.800 niedergelassene Ärzte. Um genau zu sein, war das 1980. Seitdem hat sich die Zahl mehr als verdoppelt. Und dennoch geistert in schöner Regelmäßigkeit das Schreckgespenst vom Ärztemangel durch den Blätterwald.

Dass Niedersachsen eine gute ambulante Versorgung hat, liegt nicht nur an dem numerischen Zuwachs an Medizinern: Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigung haben mit der so genannten Bedarfsplanung ein zielgenaues Instrument, um für eine regionale Ausgewogenheit der Ärztedichte zu sorgen. Stehen in einer Region mehr Ärzte einer Fachgruppe zur Verfügung als notwendig, wird dieser Bezirk für weitere Niederlassungen gesperrt. Die Grenze ist erreicht, wenn der Versorgungsgrad zehn Prozent über dem Soll-Wert

liegt, der nach einem bundeseinheitlichen Arzt/Einwohner-Maßstab ermittelt wird. Niederlassungswillige Ärzte können ihre Praxis also nur in Regionen eröffnen, in denen noch Versorgungsbedarf besteht.

Zulassungen nur im Ausnahmefall

Die Fakten: In Niedersachsen gibt es 44 Zulassungsbezirke, die in der Regel nach kommunalen Grenzen geschnitten sind. Bei 14 verschiedenen Arztgruppen bestehen demnach 616 unterschiedliche Niederlassungsoptionen. Davon sind 510 gesperrt! Das heißt: Die Versorgungsdichte zwischen Ems und Elbe ist so hoch, dass Zulassungen überhaupt nur im Ausnahmefall möglich sind. Eine vollständige Überversorgung gibt es in den Städten Hannover, Osnabrück und Wil-

helmshaven sowie in den Landkreisen Göttingen, Norderheim, Schaumburg und Ammerland: Dort ist eine Niederlassung derzeit für alle Arztgruppen ausgeschlossen. Von einer Unterversorgung wäre wenn überhaupt nur in Bezug auf den Landkreis Lüchow-Dannenberg zu sprechen, weil dort keine Radiologen und keine Anästhesisten zur Verfügung stehen. Dies ist allerdings eine eher theoretische Betrachtung, weil solchen Spezialisten in Lüchow-Dannenberg wegen geringer Einwohnerzahl und überversorgter Nachbarkommunen schlichtweg die Nachfrage fehlen würde.

Auffällig ist das Verhältnis der Anzahl von Haus- und Fachärzten, das sich in den vergangenen Jahren immer mehr zu Gunsten der Spezialisten verschoben hat. Waren die Allgemeinmediziner 1980 noch in der Mehrzahl, machten sie 20 Jahre später gerade mal

ein gutes Drittel an der gesamten Ärzteschaft aus. Ein Grund dafür ist, dass es in der Vergangenheit finanziell attraktiver war, sich als Facharzt niederzulassen. Hier wurde gegengesteuert, zum Beispiel durch Trennung der Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte – auch deshalb, weil der Hausarzt als „Lotse“ eine besondere Rolle in der ambulanten Versorgung spielen soll.

Insgesamt lässt sich sagen, dass von einem Ärztemangel weit und breit keine Spur ist, sondern im Gegenteil viele Gegenden eher überversorgt sind. Der Arztberuf ist und bleibt attraktiv, auch finanziell. Fazit: „Ärztemangel in Niedersachsen“ ist ein Märchen – wer es erzählt, wird dafür besondere Gründe haben, zum Beispiel die Forderung nach höheren Vergütungen.

BKK Mobil Oil: Sozialhilfeempfänger offenbar unerwünscht

Beim Rosinenpicken verschluckt

Post von der Krankenkasse. Dort heißt es: „Bitte suchen Sie sich umgehend eine Krankenkasse, bei der Sie künftig Mitglied sein wollen.“ Praktischerweise gleich mit dabei: eine Beitrittserklärung, adressiert an die „neu gewählte Krankenkasse“. Eine recht unverblühte Aufforderung, sich künftig bitte anderswo zu versichern. So dürften die Empfänger das Schreiben verstanden haben, und genau das war offenbar Absicht

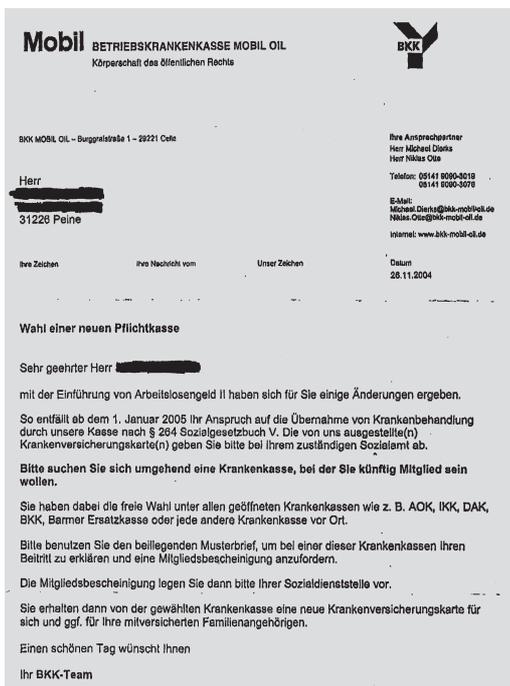
des Absenders, der BKK Mobil Oil aus Celle. Adressiert waren die Briefe an Sozialhilfeempfänger, die durch die Hartz-IV-Gesetzgebung von „Betreuten“ zu regulären Mitgliedern der Krankenkassen werden. Damit ändert sich nur der Status, nicht aber das Versicherungsverhältnis als solches. Das Schreiben hätte also auch

können: Wir würden uns freuen, Sie weiterhin betreuen zu dürfen, künftig als reguläres Mitglied. Kein Wort davon – und das bei einer Kasse, die in der Vergangenheit wegen ihrer aggressiven Werbung um Versicherte regelmäßig die Wettbewerbszentrale auf den Plan gerufen hat.

Perfide Hinweise

Die Aktion macht deutlich, dass die Mobil Oil die Gesetzesänderung nutzen will, um einen offenbar ungeschätzten Teil der Kundschaft loszuwerden. Besonders perfide ist der Hinweis, man habe freie Wahl unter jeder Krankenkasse „vor Ort“. Schließlich gehört die BKK Mobil Oil ja zu den Kassen, die meinen, dass man auf persönliche Kundenbetreuung weitgehend verzichten kann und hält deshalb bundesweit nur je eine Geschäftsstelle in Hamburg und in Celle vor.

Peinlich nur, dass der ganze Vorgang öffentlich geworden ist. Schließlich hat die Kasse schon früher kräftig an ihrem negativen Image gearbeitet (vgl. u.a. ersatzkassen in niedersachsen 11/2003). Der Appell an die BKK, ihre Verantwortung als Träger der Sozialversicherung endlich ernst zu nehmen, dürfte wohl nicht fruchten. Allerdings werden sich viele Versicherte fragen, ob sie sich als Kunden zweiter Klasse behandeln lassen wollen, wenn sie selber einmal in eine Notlage geraten.



Schöne Aussichten

Verbraucherschutz wird in den USA groß geschrieben. So kommen dort Menschen ganz im Ernst auf die Idee, ihre Bulettenbraterei zu verklagen, weil sie an Übergewicht leiden. Sicher: Ein Schnellimbiss könnte schon darauf hinweisen, dass seine Hamburger von der Kalorienzahl her in einer anderen Liga spielen als Karotten mit Magerquark. Andererseits warnt bisweilen auch der gesunde Menschenverstand davor, täglich viele Fleischbrötchen zu mampfen.

Jedenfalls inspirierten diese Fälle offenbar auch die **BKK für Heilberufe**. Der in die Krise geratene ehemalige Billigversicherer verklagt nach einem Bericht der Ärzte Zeitung nämlich die Bank, die ihm Kredite gewährte, auf Schadenersatz in Höhe von 391 Millionen Euro. Die Argumentation: Die Bankkredite

hätten es der Kasse möglich gemacht, auf die eigentlich fälligen Beitragssatzerhöhungen zu verzichten. Als Folge seien Defizite in besagter Höhe aufgelaufen, die die Kasse zum Sanierungsfall machte und nun auch andere Betriebskrankenkassen mit in den Sog ziehen.

Die Auseinandersetzung taugt zum Präzedenzfall. Bei einem Erfolg der Kasse nämlich winkt uns ein sorgloses Leben: Nach der Luxus-Kreuzfahrt geht's schnell noch mal ins Reisebüro, dort weisen wir darauf hin, dass die Agentur uns diese Reise nie hätte verkaufen dürfen, weil wir sie uns eigentlich gar nicht hätten leisten können. Beleg: aktueller Kontoauszug. Der Schaden wird ausgeglichen, es folgt die prompte Rückzahlung. Mit dabei: Ein Prospekt mit Reisezielen für das nächste Jahr. Schöne Aussichten.

„Salzkartoffeln statt Pommes“



Prof. Dr. Thomas Danne ist Chefarzt im Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover. Dort bietet er seit Oktober 2004 einjährige Schulungsprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis 16 Jahren an. Die Ersatzkassen in Niedersachsen übernehmen nach Bewilligung eines Antrags die Kosten.

ersatzkassen in niedersachsen: Herr Professor Danne, alle Welt redet derzeit von übergewichtigen Kindern. Woher kommt das Interesse?

Professor Dr. Danne: Acht Prozent der Menschen in Deutschland leiden an Diabetes. Eine der wesentlichen Ursachen für die Krankheit ist Übergewicht, das immer häufiger schon in jungen Jahren auftritt. In den USA hat sich die Zahl übergewichtiger Kinder

in den letzten Jahren verdoppelt, eine ähnliche Tendenz zeichnet sich auch hierzulande ab. Aktuell gibt es eine Million übergewichtige Kinder in Deutschland.

Warum gibt es heute so viel mehr übergewichtige Kinder als früher?

Bei Übergewicht sind Aufnahme und Verbrauch von Energie aus dem Gleichgewicht geraten. Das heißt: Kinder nehmen mehr energiereiche Nahrung zu sich und bewegen sich gleichzeitig weniger. Eines der Kernprobleme ist, dass gemeinsame Aktivitäten in den Familien weniger werden.

Wie wollen Sie betroffenen Kindern helfen?

Wir bieten seit Oktober im Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover ein Adipositas-Programm an, das von Experten auf Bundesebene entwickelt wurde. Es bezieht nicht nur Bewegung und Ernährung, sondern weitere Aspekte wie die Psychologie ein. Auch die Familien der Kinder werden beteiligt. Das Programm dauert ein Jahr, einmal in der Woche – außer in den Ferien – gibt es einen Termin für das Kind.

Was passiert bei diesen wöchentlichen Terminen?

Wir erklären den Kindern das Problem und die Verbesserungsmöglichkeiten, helfen aber auch bei der praktischen Umsetzung. Es gibt ein Fitnessprogramm und Kochkurse, wir sprechen mit den Eltern und geben den Kindern Tipps, damit Stress und Frust nicht jedes Mal mit dem Gang zum Kühlschrank enden. Die Kinder sollen selbstbewusster werden. Dafür steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung: Ärzte, Psy-

chologen, Bewegungstherapeuten und Diätassistentinnen. Voraussetzung für das Gelingen ist aber auch die Bereitschaft der Kinder, bei den Programmen mitzumachen.

Welche Ziele stecken Sie sich dabei?

Es geht nicht darum, wie bei einer Abnehmkur möglichst schnell möglichst viel Gewicht zu verlieren, so etwas könnte auch einen Jo-Jo-Effekt zur Folge haben. Vielmehr sollen die Kinder ihren Lebensstil ändern. Es soll Einsicht sein, dass Salzkartoffeln einer Tüte Pommes vorzuziehen sind.

Bei Ihrem Programm geht es um die individuelle Betreuung betroffener

Kinder. Wie ist dem Problem Adipositas sonst noch zu begegnen?

Es muss gelingen, Gesundheit als sozialen Wert in der Bevölkerung zu etablieren. Dazu gehören etwa Spaß an Bewegung und der Genuss gemeinsamer Mahlzeiten in den Familien. Darüber hinaus müssen auch gezielt Risikogruppen angesprochen werden, zum Beispiel bildungsferne Bevölkerungsgruppen und türkische Jugendliche. Derzeit arbeiten wir mit einer Expertengruppe Vorschläge für das Sozialministerium aus, wie die Zahl übergewichtiger Kinder bei Schulinganguntersuchungen bis 2015 reduziert werden kann. Das ist eine große Herausforderung – aber Herausforderungen sind wir Kinderärzte gewohnt. ■

Neue Finanzierung

Für Krankenhäuser beginnt die heiße Phase

Für die Krankenhäuser in Niedersachsen beginnt die heiße Phase bei der Umstellung ihrer Finanzierung auf einheitliche Fallpauschalen. Während diese Pauschalbeträge für Klinikleistungen bislang hausindividuell – auf Basis des bisherigen Budgets – ermittelt wurden, werden sie seit Jahresbeginn nach und nach landesweit vereinheitlicht. 2010 soll der Prozess abgeschlossen sein.

Gewinner und Verlierer

Für die Häuser hat die Umstellung Konsequenzen, die in Euro und Cent messbar sind. Gewinner sind diejenigen

Häuser, die mit ihren Kosten für eine Leistung unter der jeweiligen landeseinheitlichen Vergütung liegen. Auf der anderen Seite müssen Häuser, deren bisherige individuelle Pauschalen über den Landeswerten liegen, künftig mit weniger Geld auskommen. In diesen Häusern besteht Handlungsbedarf, wenn es eine wirtschaftliche Perspektive geben soll. Die Idee hinter dem System: Ein Krankenhaus wird eine Leistung, die es nur selten erbringt, aus Kostengründen künftig gar

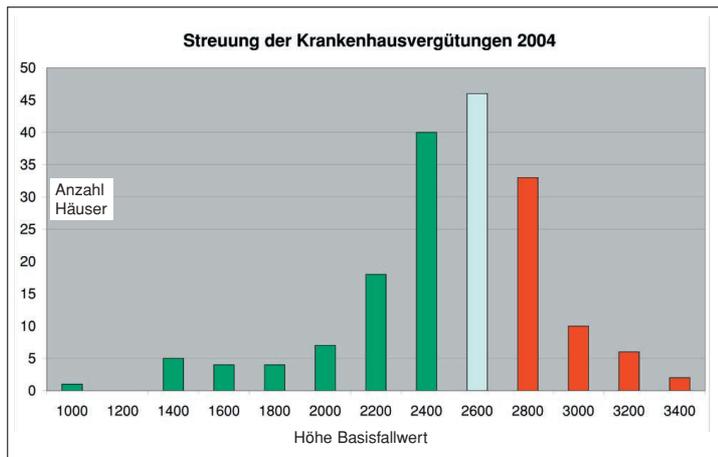
nicht mehr anbieten und stattdessen der Nachbar-klinik überlassen, die auf diesem Gebiet stärker ist. Durch den wirtschaftlichen Druck auf die einzelnen Häuser kommt es damit zu einer Konzentration und

Spezialisierung des Angebots, wodurch Qualität und Effizienz steigen.

Grundlage für die Festsetzung der einzelnen Fallpauschalen ist der so genannte Landesbasisfallwert. Der Landesbasisfallwert bildet die Kosten für den durchschnittlichen Krankenhausfall ab. Für jeden einzelnen Krankenhausfall gibt es dann ein Relativgewicht, das mit dem Basisfallwert multipliziert

wird, um die entsprechende Vergütung festzusetzen. Je aufwändiger die Versorgung ist, desto höher ist das Relativgewicht.

Über die Höhe des Landesbasisfallwerts haben sich Niedersächsische Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen bislang nicht einigen können. Die Landeschiedsstelle wird voraussichtlich im März entscheiden. ■



Management gefordert: Bei einem guten Teil der niedersächsischen Krankenhäuser weicht die bisherige Vergütung vom Landesmittelwert ab. Werden die Vergütungen landesweit vereinheitlicht, besteht vor allem bei denjenigen Häusern Handlungsbedarf, die bisher deutlich mehr als andere für eine Leistung bekommen haben – in der Grafik rot eingefärbt.

Kurz notiert

Schwerst-Schädel-Hirnverletzte können in Niedersachsen auch nach Umstellung des Krankenhausvergütungssystems auf Fallpauschalen zur Rehabilitation in Kliniken betreut werden. Verträge mit verschiedenen Krankenhäusern sehen vor, dass diese ab 1. Januar 2005 als Rehaeinrichtungen die so genannte Phase C bei der Versorgung von Unfallopfern wahrnehmen. Die Krankenkassen gewährleisten mit dieser Regelung, dass das hohe Versorgungsniveau für Schädel-Hirnverletzte beibehalten wird. Bisher war die Phase C der Rehabilitation reguläre Krankenhausleistung.

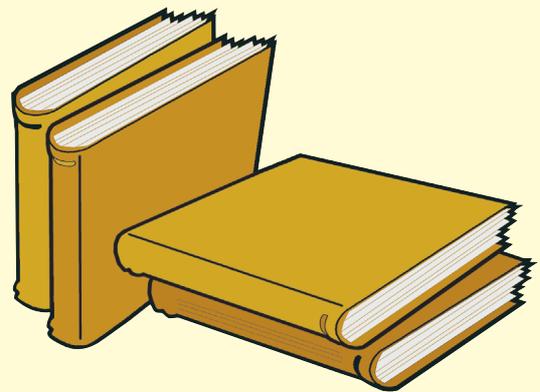
Der Intern@-Tipp

Informationen rund um die Sozialwahl 2005 bietet die Internetseite www.sozialwahl.de. Mit der Abstimmung entscheiden die Versicherten und Rentner in der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und den Ersatzkassen, wer ihre Interessen in den Gremien der Selbstverwaltung wahrnimmt. Die Stimm-

angabe erfolgt per Briefwahl, der verschlossene Umschlag mit Stimmzettel muss bis zum Wahltag am 1. Juni 2005 beim Wahlausschuss der BfA bzw. der jeweiligen Ersatzkasse eingegangen sein. Die Unterlagen werden den Wahlberechtigten rechtzeitig zugestellt.

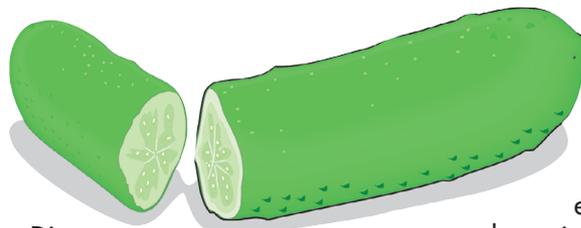
Bücher

In Arztpraxen und Krankenhäusern werden Diagnosen zur Dokumentation und Abrechnung verschlüsselt. Einen entsprechenden aktualisierten Thesaurus gibt der **Deutsche Ärzte Verlag** heraus, und zwar sowohl als systematisches als auch als alphabetisches Verzeichnis. Titel: **ICD-10-GM 2005; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme**. Die Ausgaben umfassen 828 (systematisches Verzeichnis) bzw. 1.180 Seiten (alphabetisches Verzeichnis) und kosten jeweils 24,95 Euro.



Gurke des Quartals

Zum guten Ton in der gesundheitspolitischen Diskussion gehört mittlerweile die Forderung nach „weniger Krankenkassen“. Nun bereinigt sich der „Markt“ zwar weitgehend selbst – die Zahl der Kassen ist von 1.800 im Jahr 1970 auf weniger als 300 gesunken –, auch weil größere Versorgungseinheiten die Anforderungen an eine moderne Krankenversicherung besser bewältigen können. Die Aussagen sind dennoch bemerkenswert, weil sie



von ebenjenen Politikern kommen, die es nicht geschafft haben, bei der Gesundheitsreform einen konsequenten Errichtungsstopp für Betriebs- und Innungskrankenkassen durchzusetzen. Die Auszeichnung wird deshalb aus Anlass der Gründung einer weiteren Betriebskrankenkasse in Niedersachsen zum 1. Januar 2005 verliehen.