



AOK: Grenzenlos

Die deutsche Krankenversichertenkarte probt jetzt den europaweiten Grenzübertritt. Als Vorreiter für die deutschen Krankenkassen testet die AOK Baden-Württemberg seit kurzem in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (ZI) den grenzüberschreitenden Einsatz mit dem Projekt *Netc@rds* in der Region Ortenau/Südlicher Oberrhein an der Grenze zu Frankreich.

Gemeinsam mit der Caisse Primaire als Partner auf französischer Seite können sich die AOK-Patienten allein unter Vorlage ihrer Versichertenkarte in den Kliniken des Nachbarlandes genauso behandeln lassen, wie umgekehrt Franzosen im Uni-Klinikum Freiburg – ohne Auslandskrankenschein, aber auch ohne Wahl der Kostenerstattung. Abgerechnet wird via Datenleitung.

Netc@rds strebt mit diesem Modellvorhaben an, dass künftig sämtliche Krankendaten grenzüberschreitend in neun Mitgliedsländern der EU, von Finnland im Norden, über Tschechien und Ungarn bis Griechenland im Süden, über Internetverbindungen elektronisch ausgelesen werden können.

Damit sollen nach dem Willen der verantwortlichen Parlamentarischen Staatssekretärin *Marion Caspers-Merk* die medizinische Mobilität der EU-Bürger gefördert und bürokratische Hürden abgebaut werden. In Phase II sollen auch niedergelassene Praxen in das Projekt einsteigen. Den Zustrom sichert das IZ, das zumindest indirekt die 115.000 Vertragsärzte in Deutschland repräsentiert. Entsprechende Partner auf französischer Anbieterseite fehlen allerdings noch. hg

ZE im Ausland: Bargeld los

Ohne genehmigten Heil- und Kostenplan (HKP) von der deutschen Krankenkasse gibt es im EU-Ausland keine Kostenerstattung für Zahnersatz. Vermutlich leer geht deshalb eine Frau aus, die von ihrer Krankenkasse 2.400 Euro für eine Zahnersatzbehandlung in Frankreich erstattet bekommen wollte. Sie hatte es versäumt, sich für die dort angefertigte Prothese vom Zahnarzt vorab einen

deutschen (!) HKP ausfüllen zu lassen. Das klageweise angerufene Sozialgericht Gießen (Az.: S21 KR 207/04) lehnte die Zahlungspflicht ab, weil für die Krankenkasse bei dieser Vorgehensweise ihrer Versicherten keine Möglichkeit bestanden hätte, die Notwendigkeit der gewählten Behandlung zu überprüfen. Die Richter verschaffen mit diesem Urteil dem deutschen SGB V auch im EU-Ausland grenzüberschreitend Geltung. hg

GKV: Unterm Strich teurer

Ab 1. Juli 2005 müssen gesetzlich Krankenversicherte wieder tiefer in die Tasche greifen. Zwar werden die Kassen ihre Beiträge wie gesetzlich vorgesehen um 0,9 Prozent senken

Krankenkasse wird teurer

Ab 1. Juli 2005 müssen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen **Extrabeitrag von 0,9 Prozent** ihres Bruttoeinkommens für Zusatzleistungen zugunsten von Kindern in der GKV leisten. Die Arbeitgeber beteiligen sich daran nicht mehr zur Hälfte.

Gleichzeitig müssen die Krankenkassen ihre Beiträge um 0,9 Prozentpunkte senken. Das bedeutet für Arbeitgeber eine Entlastung von 0,45 Prozent.

Das heißt: Für den Versicherten ergibt sich insgesamt eine **Mehrbelastung von 0,45 Prozent** (0,9 Extrabeitrag – 0,45 Beitragssenkung).

Beispiel 1:	
Renteinkopf	2.000 Euro/Monat
alter Beitragssatz 14 Prozent, davon Arbeitnehmerbeitrag	140 Euro
neuer Beitragssatz 13,1 Prozent, davon Arbeitnehmerbeitrag	131 Euro
plus Extrabeitrag 0,9 Prozent	18 Euro
neuer Gesamtbeitrag	149 Euro
	9 Euro teurer

Beispiel 2:	
Renteinkopf	3.525 Euro/Monat
alter Arbeitnehmerbeitrag	246,75 Euro
neuer Arbeitnehmerbeitrag	230,08 Euro
plus Extrabeitrag 0,9 Prozent	31,78 Euro
neuer Gesamtbeitrag	262,62 Euro
	16,87 Euro teurer

Quelle: DMG

müssen. Das kommt Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit jeweils 0,45 Prozent Entlastung zugute. Doch da die Versicherten einen Extrabeitrag von 0,9 Prozent gänzlich aus eigener Tasche – also ohne Arbeitgeberbeteiligung – zu zahlen haben, bleibt für sie unterm Strich eine Mehrbelastung von 0,45 Prozent. Der Appelle aus dem Bundesgesundheitsministerium zum Trotz, wollen nur wenige Krankenkassen ihre Beiträge mehr als 0,9 Prozentpunkte absenken. Dabei handelt es sich um etwa zehn kleinere Krankenkassen. Die GKV hat das Jahr 2004 mit einem Überschuss von 4 Milliarden Euro abgeschlossen. ik



.....

PKV: Beschwerden nehmen zu

Die Zahl der Beschwerden über die private Kranken- oder Pflegeversicherung hat im vergangenen Jahr um 20 Prozent auf 2.625 zugenommen. So der Bericht des Ombudsmannes *Arno Surminski* der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Mehrzahl der Beschwerden betraf die private Krankenkostenversicherung. 41 Prozent der Versicherten waren mit ihrer Beschwerde erfolgreich oder haben zumindest einen Teilerfolg erzielt (Vergleich 2003: 39,3 Prozent). 57 Prozent der Beschwerden wurden im Berichtsjahr abgelehnt, der Rest entfiel auf unverbindliche Empfehlungen, die zumeist im Sinne der Versicherten erledigt wurden. In fast jeder vierten der knapp 2.300 zugelassenen Beschwerden sei es um die richtige Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte gegangen. Deutlich zugenommen habe auch der Streit um die Erstattung von Behandlungskosten, von Heil- und Hilfsmitteln sowie um die Frage, ob eine Behandlung stationär oder billiger ambulant zu erfolgen habe. Und immer häufiger wurde darum gestritten, ob Vertragskündigungen zu Recht erfolgten, etwa dann, wenn der Versicherte mit seinen Beitragszahlungen im Rückstand lag. Um die Arbeit des Ombudsmannes zu „erleichtern“, sollen durch eine Statutenänderung Beschwerden wegen Geringfügigkeit oder um des „Rechthabens willen“ künftig abgelehnt werden können. ik / A+S aktuell

.....

IDZ: Praxisgebühr-Analyse

Bei der Praxisgebühr überwiegen für den zahnmedizinischen Versorgungsbereich sowohl auf gesundheitsökonomischer wie sozialmedizinischer Ebene die Nachteile. Das ist das Ergebnis einer jüngst vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) veröffentlichten Kosten-Nutzen-Analyse. Die Gebühr trage den Besonderheiten des zahnmedizinischen Bereichs zu wenig Rechnung, darüber hinaus lasse sie mittel- bis langfristig auch keine Kostendämpfung erwarten. Besonders negativ fallen die Verunsicherung und Informations-Defizite bei den Patienten ins Gewicht. Nach der IDZ-Analyse haben etwa 99 Pro-

zent der Menschen in Deutschland mindestens einmal im Leben Karies. Es handle sich um eine chronische Erkrankung mit bleibendem bzw. zunehmendem Schaden, die möglichst zeitnah therapiert werden sollte. Die hohe Kontaktfrequenz von 75 Prozent der Männer und 78 Prozent der Frauen, die mindestens ein Mal pro Jahr den Zahnarzt aufsuchen, mache den Erfolg in der nationalen Oralprophylaxe aus. ik / BZÄK

.....

Rezeptfreie Medikamente: Mehr Werbung

Nicht verschreibungspflichtige Arzneien sollen leichter beworben werden können. Das gestiegene Bedürfnis der Patienten nach Informationen über Medikamente, die ohne „Tätigwerden des Arztes oder Tierarztes für die Diagnose, Verschreibung oder Überwachung der Behandlung“ verwendet werden können, solle dadurch befriedigt werden, heißt es in einem Gesetzentwurf des Bundesrates (15/4117), der bei einer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses von Experten überwiegend positiv beurteilt. Damit solle auch berücksichtigt werden, dass infolge der Gesundheitsreform die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Regel nicht mehr übernehmen und von den Patienten zunehmend mehr Eigenverantwortung verlangt wird.

Im Einzelnen sieht der Entwurf vor, Packungsbeilagen und Fachinformationen für rezeptfreie Medikamente künftig von den Auflagen des Heilmittelwerbegesetzes auszunehmen. Gleichzeitig müsse der gesundheitliche Verbraucherschutz weiterhin gewährleistet sein. Auch die Bundesregierung sieht grundsätzlich Handlungsbedarf bei der Heilmittelwerbung. Dies ergebe sich insbesondere aus der Novellierung des europäischen Rechts, das bis Ende Oktober 2005 in nationales Recht umgesetzt werden soll, so eine Stellungnahme der Regierung. Die Exekutive beabsichtigt daher eine umfassende Gesetzesänderung in diesem Bereich, die über die Vorschläge des Bundesrates hinausgeht. ik / Deutscher Bundestag