

**ZT Kurznotiert**

**Die Bundesregierung hat Schuld** am Chaos in der Gesundheitsreform. So äußerte sich die Mehrheit der Deutschen in einer Umfrage im Auftrag des Hamburger Magazins stern. Unter der Option von Mehrfachnennungen gaben 80 Prozent der Befragten an, die Regierung sei für die Probleme und Unzulänglichkeiten der Reform verantwortlich. 40 Prozent der Befragten hingegen gaben den Krankenkassen und 31 Prozent der Opposition die Schuld an dem Chaos. (ots)

**Die Ausgabensteigerung** an Arzneimitteln Ende 2003 belegt den erwarteten Vorzieheffekt der Gesundheitsreform. So lagen im Dezember 2003 die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen 616 Millionen Euro höher als im Monatsdurchschnitt 2003. Der Grund: Viele Versicherte haben ihre Arztbesuche in den Dezember 2003 vorgezogen, um der Praxisgebühr und den erhöhten Zuzahlungen auszuweichen. Infolge der Erhöhung der Zwangsrabatte an die GKV führte dieser Zuwachs bei den Apotheken allerdings zu keiner Ertragssteigerung. (ots)

**Patienten zu mehr Eigenleistung bereit.** Die Studie „Branchenbarometer Krankenversicherungen“ von der Allianz Privaten Krankenversicherung, Mummert Consulting und dem F.A.Z.-Institut offenbart überraschendes Ergebnis: Rund 70 Prozent der Deutschen akzeptieren die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln und einzelnen medizinischen Leistungen. Mehr als jeder Dritte ist sogar bereit, bei allen medizinischen Behandlungen einen Eigenanteil zu leisten. (ots)

**Brillen- und Kontaktlinsenbestimmung** sind auch weiterhin beim Augenoptiker möglich. Damit ist es nicht zwingend, für eine neue Sehhilfe zunächst den Augenarzt aufzusuchen. Darauf weist der Zentralverband der Augenoptiker (ZVA) angesichts einer enormen Verunsicherung der Patienten hin. ZVA-Präsident Thomas Nosch sieht bei der „Brille aus einer Hand“ vom Augenoptiker einige Vorteile: „Das erspart die Terminvereinbarung, Wartezeit und Praxisgebühr. Stattdessen gibt es eine kompetente Dienstleistung, kundenfreundliche Öffnungszeiten und ein faires Preis-Leistungs-Verhältnis.“ (ots)

**Die Elektronische Gesundheitskarte** kommt, nur wann? Gesetzliche Krankenversicherungen zumindest warnen vor einem ähnlichen Debakel wie bei der Lastwagen-Maut. Die Vorsitzende des Verbandes der Angestelltenversicherten, Doris Pfeiffer, sagte gegenüber der „Hannoverschen Allgemeinen Zeitung“: „Ich halte den Einführungstermin 1. Januar 2006 für unrealistisch.“ Grundlegende Vorarbeiten seien noch nicht geleistet. (ots)

**Arzttermine über Internet** vereinbaren: So einfach geht's mit Terminland. Unter www.Terminland.de können Patienten an sieben Tagen die Woche, rund um die Uhr Arzttermine vereinbaren. Das Plus: mögliche Alternativtermine können in Ruhe angesehen und der passende Termin ausgewählt werden. In der Praxis führt der Einsatz von Terminland zu einer Entlastung des Personals, da die Reduzierung der telefonischen Terminabsprache zeitliche Freiräume schafft. (ots)

# „Das Gericht bescheinigte der IKK-Direkt eine seriöse Finanzplanung“

ZT Zahntechnik Zeitung im Gespräch mit Ralf Hermes, Vorstand der Zahntechniker-Krankenkasse IKK-Direkt

**ZT** Vor dem Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein hatte die IKK-Direkt eine Senkung der Mitgliedsbeiträge auf 11,9 Prozent vor dem Sozialgericht Kiel erwirkt. Wie haben Sie Ihren Antrag auf Beitragssenkung vor dem Gericht begründet? Die Senkung wurde mit der überaus positiven Finanzsituation der IKK-Direkt begründet. Seit der Errichtung im Jahr 2003 wurden Überschüsse erwirtschaftet, die über die Haushaltsplanung für 2004 und die kalkulierte Beitragssatzsenkung von 12,9 Prozent auf 11,9 Prozent an die Versicherten und Ar-

beitgeber weitergegeben werden sollten. Dies ist im Übrigen keine ausschließlich unternehmerische Entscheidung, sondern eindeutig im Sozialgesetzbuch geregelt. Übersteigen die Einnahmen die Ausgaben einer Krankenkasse, ist der Beitragssatz zwingend zu senken.

**ZT** Vor dem positiven Urteil des Sozialgerichts Kiel hatte das Bundesversicherungsamt (BVA) Ihren Antrag zweimal abgelehnt. Wie wurde dies begründet? Vor dem richterlichen Beschluss im einstweiligen Rechtsschutzverfahren hatte das BVA sowohl gegen den Haushaltsplan der IKK-Direkt für das Jahr 2004 als auch bei Genehmigung des Verwaltungsratsbeschlusses gegen die Senkung auf 11,9 Prozent interveniert. Die Behörde begründete ihre Haltung im Wesentlichen mit einer aus ihrer Sicht nicht zutreffenden Prognose der Ausgabenentwicklung der IKK-Direkt, sobald der Beitragssatz auf 11,9

Prozent gesenkt werde. Das Sozialgericht Kiel hat die ablehnende Haltung eindeutig zurückgewiesen. Das Gericht stellte klar, dass die Aufstellung des Haushaltsplanes in die Finanzhoheit der IKK-Direkt fällt. Im Klartext bedeutet das, dass das BVA nicht befugt ist, die Planung der Kasse abzulehnen. Das Gericht bescheinigte der IKK-Direkt zudem eine seriöse Finanzplanung.

**ZT** Wie hatten Sie vor, den niedrigen Beitragssatz von 11,9 Prozent zu finanzieren (Einsparungen etc.)? Der günstige Beitragssatz von 11,9 Prozent wäre zum Teil bereits durch das gute Geschäftsergebnis im Vorjahr finanziert worden. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Leistungsausgaben der IKK-Direkt auch im Jahr 2004 deutlich unterhalb des Durchschnitts aller Krankenkassen liegen wird. Dabei konnten auch die Einsparungen aus der Umsetzung der Gesundheitsreform einbezogen werden.

**ZT** Haben Sie mit der geplanten Beitragssenkung konkrete Ziele verfolgt? Selbstverständlich verfolgte die IKK-Direkt mit der Beitragssenkung auf 11,9 Prozent konkrete Ziele. Zum einen sollten die erwirtschafteten Überschüsse an die Versicherten und Arbeitgeber zurückgegeben werden. Darüber hinaus wollte die IKK-Direkt einen wichtigen Beitrag zur Senkung der Lohnzusatzkosten insgesamt leisten – im Übrigen eines der wichtigsten Ziele der jüngsten Gesundheitsreform.

Versicherte vieler Kassen warten noch immer auf die angekündigten Beitragssenkungen oder mussten sogar Anhebungen des Beitrags hinnehmen. Mit einem Wechsel in die IKK-Direkt können Arbeitnehmer und Betriebe aber auch jetzt, mit dem ebenfalls sehr günstigen Beitragssatz von 12,9 Prozent, ihre Situation verbessern. Damit wird Raum für mehr Konsum und mehr Investitionen geschaffen.

**ZT** Die IKK-Direkt wurde von den Zahntechniker-Innungen Bremen und Schleswig-Holstein ins Leben gerufen. Wie kam es zu dieser außergewöhnlichen Trägerschaft durch die Innungen und welche Absicht bzw. welche Idee stand hinter der Gründung? Das Ziel der beiden Zahn-techniker-Innungen war die Gründung einer eigenen Krankenkasse für den Berufsstand der Zahntechniker. Die Kasse sollte einen günstigen Beitragssatz anbieten, um den Zahn Technikern und den Mitarbeitern in den Laboren bundesweit eine Alternative zu bieten, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Branche stärkt.

Die IKK-Direkt ist eine Innungs-Krankenkasse und konnte auch nur von Handwerksinnungen gegründet werden. Es kann also keine Rede von einer außergewöhnlichen Trägerschaft sein, sondern eher von einer naheliegenden und sinnvollen Lösung, von der mittlerweile immer mehr Menschen profitieren. **ZT**

ANZEIGE



## Doch höhere Beiträge

Krankenkassen-Umfrage ergab: Zahnersatz wird für Patienten teurer als bislang angenommen.

(ots/cs) – Bis zu 10 Euro könnte der monatliche Beitrag für eine Zahnersatz-Zusatzversicherung ab 1.1.2005 für gesetzlich Versicherte betragen. Dies ergab eine aktuelle Umfrage des ZDF-Magazins „Frontal 21“ unter mehreren Krankenkassen. So stellten beispielsweise die AOK Brandenburg einen möglichen Beitrag von 7 bis 7,50 Euro, die DAK 7 Euro oder die Barmer Ersatzkasse 6 bis 7 Euro in Aussicht. Die Betriebskrankenkassen gaben sogar einen Versicherungsbeitrag von 6 bis 10 Euro und die Innungskrankenkassen 5 bis 8 Euro an. Ursprünglich hatten die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Verhandlungen zur Gesundheitsreform noch Beiträge von 4,60 Euro angegeben, woraufhin letztendlich im vergangenen Sommer auch der Kompromiss zwischen der Bundesgesundheitsministerin Ulla

Schmidt (SPD) und dem CDU/CSU-Gesundheitsexperten Horst Seehofer ausgehandelt wurde. „Die gesetzlichen Krankenkassen haben, das ist auch dokumentiert, diese Größenordnung von fünf Euro unter Einschluss der Familienmitglieder genannt, und auf dieser Grundlage hat der Gesetzgeber auch entschieden“, so Seehofer gegenüber dem ZDF-Magazin. Als Grundlage für die Berechnungen der doch deutlich höheren Zahlen gaben die Kassen die Ausgaben für Zahnersatz in den letzten Jahren an. Zudem müsse man laut dem Sprecher der AOK Brandenburg, Jörg Trinogga, bedenken, „dass die Verwaltungskosten in diesem Segment Zahnersatz etwas höher sind als im gesamten Bereich, denn die Beratungsleistungen, Prüfungen sind deutlich aufwändiger als woanders.“ **ZT**

## PKVen mit günstigeren Tarifen

Privatversicherer kündigen preiswertere Zahnersatz-Policen an als die gesetzlichen Kassen.

(cs) – Entgegen den Erwartungen von Experten könnten privat versicherten Patienten eine Zahnersatz-Police ab 2005 durchaus weniger kosten, als bislang angenommen. So planen die privaten Krankenversicherungen (PKV) deutlich günstigere Tarife für die Absicherung des Zahnersatzes anzubieten als die gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Dies gelte vor allem „für Versicherte, die nachweislich gesunde Zähne oder eine Vollsanierung ihres Ge-

bisses bereits hinter sich haben“, so Sybille Sahmer, Vize-Direktorin des Verbandes der privaten Krankenversicherung, gegenüber dem Handelsblatt. Da der Gesetzgeber das Angebot eines Einheitstarifes von 7,50 € für alle gesetzlich Versicherten verworfen hatte, könnten laut Sahmer nun individuelle Risikotarife angeboten werden, die deutlich darunter lägen. Die GKVen gehen derzeit von Beiträgen zwischen 6 und 10 € aus. **ZT**

## Praxisgebühr ade?

Schmidt kann sich Zukunft auch ohne die so genannte Zwangsabgabe vorstellen.

(kh) – Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) stellt die umstrittene Praxisgebühr in Frage. Gegenüber der Leipziger Volkszeitung sagte sie, die Gebühr sei keine unveränderliche Dauereinrichtung. „Sie würde jedenfalls keine Wette darauf eingehen, dass die Praxisgebühr in der heutigen Form so noch in fünf Jahren verlangt werde.“ Gleichzeitig schmetterte Schmidt die Forderung von Politikern aus den eigenen Reihen zurück, die so genannte Zwangsabgabe gänzlich abzuschaffen. Wer sich einem Hausarzt-System anschließen, sich also verpflichten, nur mit Überweisung des Hausarztes einen Facharzt aufzusuchen, dem könne auch die Praxisgebühr erlassen werden, so Schmidt.

Doch bis es soweit ist, könnte noch einige Zeit ins Land gehen. Denn derzeit gibt es noch keine Hausarztmodelle, lediglich die Aufforderung des Gesetzgebers an die Kassen, solche zu entwickeln. Gerade erst dementierte DAK-Vorstandsmitglied Rebscher Pressemeldungen, wonach Krankenkassen an der Abschaffung der Praxisgebühr durch Einführung von Hausarztssystemen arbeiteten. Gegenüber dem Hamburger Abendblatt stellte er richtig, dass mehrere Kassen bemüht seien, Hausarzt-Modelle zu erarbeiten. „Wie und wann solche Modelle praxistauglich sind, ist derzeit aber noch völlig unklar.“ Bei der Umsetzung der Gebühr traten seit ihrer Einführung erhebliche Detailprobleme auf, wie Ministerin Schmidt im Bundestag selbst einräumen musste. Kassen

und Ärzte erarbeiteten daraufhin gleich ein ganzes Paket an Ausnahmeregelungen. So muss beispielsweise ein Patient beim „planbaren“ Notfall – etwa einem Verbandwechsel oder der Gabe von Infusionen zur Weiterbehandlung – eine Überweisung vorlegen. Damit entfällt auch die Gebühr. Im tatsächlichen bzw. „ungeplanten“ Notfall muss der Arzt die zehn Euro jedoch abkassieren.

Praxisgebühr werde sich jedoch erst am Jahresende vollends erweisen lassen, beschwichtigte die KBV. Die Idee der Reform, die Anzahl der „Arztthopper“ durch die Gebühr zu verringern, scheint bis dato zu funktionieren: Der deutsche Hausärzteverband registrierte seit Anfang Januar einen Anstieg der Überweisungen an Fachärzte um 300 %. Wer sich keine Überweisung holt und einen Fach-



Trotz aller Abschaffungsdebatten und Detailprobleme zeigt die 10-Euro-Gebühr ihre Wirkung: Die Praxen sind so leer wie seit langem nicht mehr. Besonders betroffen sind die Fachärzte. Nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab es bei Orthopäden, Haut- und HNO-Ärzten Rückgänge der Patientenzahlen seit Dezember um bis zu 40 %. Die Steuerungswirkung der

arzt nach dem anderen besucht, muss jedes Mal die zehn Euro zahlen. Die Überweisungen steigen, nur die Facharztpraxen sind leer. Vielleicht liegt es daran, dass sich einige Bürger für das gesamte Quartal mit Überweisungen eindecken, ohne dass hierfür zwingende medizinische Gründe vorliegen. Kassenärztlich ist das verboten, doch wer behält schon den Überblick? **ZT**