

report bremen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2007

ersatzkassen

Reform der Pflege

Koalition greift wichtige Fragen auf

Nach der Sommerpause wird der Kompromiss für eine Pflegereform auf den Weg des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens gebracht. Die im Juli bekannt gegebenen Eckpunkte enthalten insbesondere Verbesserungen der ambulanten Pflege, der Betreuung an Demenz erkrankter Menschen und den Ausbau der regionalen Infrastruktur für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Damit greift die Koalition Probleme auf, auf die auch die Ersatzkassen immer wieder aufmerksam gemacht haben.

Im Land Bremen werden derzeit rund 14.600 Personen im ambulanten Pflegebereich versorgt, 11.250 Personen in Bremen und 3.350 in Bremerhaven – der größte Teil davon ausschließlich oder unter Mithilfe von Angehörigen. Eine grundsätzliche Voraussetzung zur Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse ist die Einordnung in eine Pflegestufe. Dies ist allerdings für Demenzkranke und ihre Angehörigen oft eine unüberwindbare Hürde, da die Demenz nicht unbedingt mit einer körperlichen Pflegebedürftigkeit einher geht und allein nicht zur Einordnung in eine Pflegestufe führt.

Die Pflegekassen der Ersatzkassen sind sich daher einig, dass der bisherige Pflegebegriff neu gefasst

In dieser Ausgabe:

- Reform der Pflege
- Tagespflege
Interview mit der Caritas
- Homöopathie-Vertrag des AEV
- Ambulante Hospizdienste
Kassen fördern ehrenamtliche Arbeit

werden muss. Zukünftig darf nicht nur die somatische (auf den Körper bezogene), sondern es muss auch die psychisch/kognitive Betreuungsbedürftigkeit bei der Bewertung des Pflegeaufwands einbezogen werden, um der stetig wachsenden Zahl der Betroffenen gerecht zu werden. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen leiden laut Angaben des zuständigen Bundesministeriums schätzungsweise 5 Prozent an leichten und 7,2 Prozent an mittelschweren bis schweren Demenzen. Heruntergerechnet auf Bremen bedeutet dies, dass etwa 6.500 Menschen an leichten und 9.400 Menschen an mittelschweren bis schweren Demenzen erkrankt sein könnten.

Zur weiteren Verbesserung der Betreuung dieser Menschen wurde in den Eckpunkten der Koalition beschlossen, dass sie statt wie bisher 460 Euro zukünftig bis zu 2.400 Euro pro Jahr für eine Betreuung bekommen sollen – ungeachtet, ob sie einer Pflegestufe zugeordnet sind, oder nicht. Zwar wurden auch die bisherigen 460 Euro von den Betroffenen mit Pflegeeinstufung nicht ausgeschöpft. Fachleute gehen allerdings davon aus, dass dies nicht an mangelndem Bedarf liegt. Sie fordern, dass niedrigschwellige Hilfsangebote, wie Betreuungsgruppen und Helferkreise sowie die Tages- und Kurzzeitpflege sich zukünftig stärker nach dem spezifischen Bedarf der Betroffenen und ihrer Angehörigen richten.

Verbesserung der Infrastruktur

Insgesamt sollen die Leistungen der ambulanten Pflege besser koordiniert und gebündelt werden. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, im Rahmen der „Integrierten wohnortnahen Versorgung und Betreuung“ regionale Pflegestützpunkte einzurichten, die die Angebote für Pflegebedürftige vernetzen und aus einer Hand anbieten. Mit einer Anschubfinanzierung von 60 Millionen Euro sollen diese stadtteilnahen Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufnehmen und zwischen Pflegekassen, Krankenkassen, Kommunen und Leistungserbringern eine koordinierende Funktion für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einnehmen.

Eine weitere Verbesserung der Koordination soll durch Fallmanager bei den Pflegekassen entstehen, die die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Auswahl der passenden Hilfen unterstützen.

Die Pflege soll zudem individueller werden. Wohngemeinschaften sollen nach der Reform ihre Pflegeunterstützung zusammenbringen („poolen“) und daraus ihre Pflegeleistungen gemeinsam einrichten können und das bürgerliche Engagement soll im Rahmen von Betreuungsgruppen, Helferkreisen und Vermittlungsagenturen gestärkt und finanziell unterstützt werden.

Pflegebedürftige, die eine Einrichtung der Tagespflege besuchen, werden zukünftig auch Anspruch auf jeweils die Hälfte des ambulanten Pflegesatzes oder des Pflegegeldes für die Zeiten außerhalb der genutzten Tagespflege haben. Damit soll die Nutzung der Tagespflege gestärkt und eine Heimeinweisung vermieden werden.

Stärkung der ambulanten Pflege und Rehabilitation

Insgesamt werden ambulante Pflege und Rehabilitation mehr als bisher im Vordergrund stehen. Derzeit sind die Anreize falsch gesetzt: Heime kümmern sich nur wenig um die Rehabilitation, weil sie umso



Karl L. Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

DER KOMMENTAR

Die Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung enthalten Maßnahmen, die wichtig und richtig sind: Die bessere Versorgung von Demenzkranken, eine bessere Vernetzung, die Aufwertung der ambulanten Pflege und eine Individualisierung der Inanspruchnahme. Dieser Katalog wird die notwendigen Leistungen für die Betroffenen besser erreichbar machen und eine Flexibilität ermöglichen, die den Bedürfnissen der jetzt älter werdenden Generation entspricht. Allerdings kosten diese Verbesserungen Geld, das angesichts des Demografiefaktors in absehbarer Zeit fehlen wird.

Bei der Vorstellung des Konzepts zur Pflegereform hatte Gesundheitsministerin Schmidt es einen Skandal genannt, dass bei den privaten Pflegekassen nur 14 Prozent über 65-Jährige versichert seien, bei den gesetzlichen dagegen 25 Prozent. Sie werde weiter für eine Bürgerversicherung kämpfen, kündigte sie an. Nach den Gutachten des Innen- und Justizministeriums scheint ein Transfer von Überschüssen aus der Privatversicherung an die gesetzliche Pflegeversicherung mit einer verfassungsrechtlichen Klage der Privatversicherer zum Scheitern verurteilt. Dagegen steht allerdings die Aussage von Justizministerin Zypries, dass es möglich sei, die Privatversicherer für einen befristeten Zeitraum zu Transferzahlungen zu verpflichten.

Sollte die Entscheidung – und so ist die Gemengelage wohl zu verstehen – eine politische sein, wird der Ausgang der nächsten Bundestagswahl entscheidend auch für den Ausgang der grundlegenden Frage „Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung“ sein. Bleibt es schlussendlich doch eine verfassungsrechtliche Frage, bliebe als mögliche Alternative die private Zusatzversicherung entweder mit staatlichem Zuschuss, wie bei der Riester-Rente (ein Kompromissvorschlag der Gesundheitsministerin), oder ohne zumindest diesen Ausgleich.

PFLEGEKASSEN WOLLEN NEUES BEGUTACHTUNGSTRUMENT

Die Pflegekassen wollen ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entwickeln und erproben lassen. Dafür hat die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Pflegekassen eine europaweite Ausschreibung in die Wege geleitet. Bis zum 9. Juli dieses Jahres konnten sich interessierte Institute und Organisationen für dieses Projekt bewerben. Die Projektnehmer werden den Auftrag erhalten, bis zum 29. Februar 2008 ein neues Begutachtungsinstrument zu entwickeln und bis zum 31. Oktober 2008 zu erproben.

Ziel ist es, bei der Feststellung des Pflegebedarfs künftig verstärkt auch Aspekte wie soziale Teilhabe und Kommunikation zu berücksichtigen. Der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, also auch für Menschen mit Demenzerkrankungen, soll bei der Beurteilung des benötigten Pflegegrades berücksichtigt werden.

mehr Geld von der Pflegekasse erhalten, je pflegebedürftiger der Patient ist. Zukünftig sollen Pflegeheime daher eine Prämie von 1.536 Euro erhalten, wenn es ihnen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe zu bringen.

Die ambulanten Pflegedienste sollen substanziell gestärkt werden. Entsprechend werden die Sätze für ambulante Sachleistungen (Vergütung für die ambulanten Pflegedienstleistungen) bis 2012 schrittweise angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	450	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550

Das Pflegegeld für die pflegenden Angehörigen (Entschädigung für den eigenen Pflegeaufwand) wird bis 2012 ebenfalls schrittweise steigen:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Bei der Heimpflege bleiben die Sachleistungsbeträge in den Stufen I und II zunächst unverändert, der Satz der Stufe III und Stufe III für Härtefälle (schwere Pflegefälle) steigt aber bis 2012 ebenfalls stufenweise:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Stufe III Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918

Ab 2015 sollen die Sätze für die ambulanten Sachleistungen und das Pflegegeld sowie die Leistungen für schwere Pflegefälle in Heimen alle drei Jahre dynamisiert werden.

Ein weiterer Punkt auf der Agenda ist der Ausbau der Qualitätssicherung. Zukünftig sollen auch eigene Anstrengungen der Pflegedienste und Einrichtungen im Qualitätsmanagement – wie die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Netzwerken und Zertifizierungen – bei den Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berücksichtigt werden. Um interessierten und betroffenen Bürgern die Möglichkeit zu geben, die Arbeit der einzelnen Anbieter beurteilen zu können, sollen die Prüfberichte des MDK zukünftig in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht werden.

Finanzierung

Derzeit liegt der Beitrag zur Pflegeversicherung bei 1,7 Prozent. Vom 1. Juli 2008 an soll der Beitrag um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent des Brutto-lohns steigen – weiterhin paritätisch finanziert durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Zu deren Entlastung soll dafür der Arbeitslosenbeitrag bereits ab Januar 2008 um 0,3 Prozentpunkte sinken. Kinderlose Beschäftigte müssen auch zukünftig einen zusätzlichen Arbeitnehmerbeitrag von 0,25 Prozent für die Pflegeversicherung aufwenden.

Diese kleine Finanzreform wird möglicherweise die Kosten der Verbesserungen in der Pflege bis 2015 ausgleichen können, wenn die positive wirtschaftliche Entwicklung mit einer Zunahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse anhält. Aber selbst in diesem Fall wird, mit Blick auf die demografische Entwicklung, eine einschneidende Reform der Finanzierung nicht vermeidbar sein. Allerdings wird die Koalition keine gemeinsame Lösung der langfristigen Finanzierungsfrage mehr finden. Mit der nächsten Bundestagswahl entscheiden die Wähler dann über den Einbezug der privaten Pflegeversicherung, also dem Bürgerversicherungsmodell der SPD, oder den Aufbau eines Kapitalstocks, der nach Ansicht der CDU die teurer werdende Versorgung absichern soll.

25 Jahre Tagespflege – Probleme und Chancen

Interview mit Gabriele Kleinen-Kuhlmann



Gabriele Kleinen-Kuhlmann,
Leiterin der Tagespflegeeinrichtung
St. Michael der Caritas
Bremen

▼ **Frau Kleinen-Kuhlmann, die Idee der Tagespflege wurde im Altenzentrum St. Michael vor 25 Jahren in die Tat umgesetzt. Wie hat sich dieser Bereich der Pflege seitdem entwickelt und wo gibt es Probleme?**

▲ Als vor 25 Jahren die Caritas-Tagespflege St. Michael in Betrieb genommen wurde, war

diese Form der Betreuung und Versorgung für pflegebedürftige Senioren gänzlich unbekannt. Bei den wenigen Tagespflegen in Deutschland gab es zwei Trends: Tagespflege als Reha-Angebot oder als soziales und pflegerisches Angebot an alte Menschen und ihre Familien. Die Idee des Caritasverbandes Bremen war zunächst, ein Angebot zur Rehabilitation zu schaffen. Die Nutzer hatten jedoch vorwiegend Bedarfe im Familien entlastenden und/oder pflegerischen Bereich. So entwickelte sich eine Konzeption basierend auf dem Prinzip der aktivierenden Pflege mit der Verabredung, im Bedarfsfall eng mit der krankengymnastischen Praxis des Altenzentrums zusammenzuarbeiten. Mit Beginn der Pflegeversicherung kamen zunächst viele alleinlebende Senioren, die aufgrund ihrer Erkrankungen eine Pflegestufe erreicht hatten, aber vor allem an Vereinsamung litten. Die Verweildauer der Tagesgäste war durchweg länger als jetzt.

Heute haben wir viele Tagesgäste, die von Familienangehörigen und Ehepartnern betreut werden. Einige kommen lediglich in der Urlaubszeit ihrer Pflegeperson. Nicht selten werden Besuchertage kurzfristig dem aktuellen häuslichen Bedarf entsprechend angepasst. Die meisten Tagesgäste erhalten bereits andere ambulante Hilfen, die aber den Versorgungsbedarf nicht komplett abdecken. Für die Arbeit in der Tagespflege ist es sehr wichtig, die gesamte Lebenssituation des Gastes zu betrachten. Eine enge Kooperation mit Angehörigen, Ärzten, Pflegedien-

ten und anderen an der Versorgung Beteiligten ist die Basis für unsere fachlich qualifizierte Arbeit.

Obwohl die Tagespflege inzwischen als Versorgungsform bekannt ist, kommen die Senioren und ihre Familien meist erst nach einem langen Leidensweg. Die Isolation, die vielfach als Konsequenz des umfangreichen Hilfebedarfs beim Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen einsetzt, führt nicht selten zu extremen familiären Belastungen. Dass sich jemand trotz Pflegebedürftigkeit wieder auf einen eigenen Weg machen kann, ist für alle Beteiligten zunächst ungewohnt, letztlich jedoch eine große Entlastung und Bereicherung.

▼ **An welche Klientel wendet sich das Angebot der Tagespflege und wo liegen die Grenzen? Hat sich beispielsweise durch die Zunahme demenziell erkrankter Menschen etwas am Konzept der Tagespflege verändert?**

▲ Tagespflege ist ein Angebot an Senioren, die aufgrund von Erkrankungen (Schlaganfall, Parkinson, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, nach Knochenbrüchen, bei Demenz) hilfe- und pflegebedürftig werden und daher tagsüber nicht mehr alleine sein wollen oder können. Wir bieten einen strukturierten Tagesablauf mit 3 Mahlzeiten, medizinischer und pflegerischer Versorgung, aktivierenden Gruppenangeboten in den Bereichen Gedächtnistraining, Gymnastik, Musik, Hauswirtschaft. Zudem kann der Hol- und Bringdienst der Einrichtung genutzt werden. Die Versorgung außerhalb der Tagespflegezeit muss durch andere Personen (Angehörige, Pflegedienste, Nachbarn) sichergestellt sein. Die Tagesgäste sollten Freude an der Gemeinschaft haben. Für sehr immobile Senioren ist die Tagespflege aufgrund der starken persönlichen Einschränkungen daher meist eine Überforderung. Da viele unserer Tagesgäste an einer beginnenden Demenz erkrankt



Die Tagespflege soll alte Menschen versorgen, aber auch aktivieren.

sind, wurde vor längerem unsere bisherige Konzeption um Kleingruppenarbeit und gezielte Einzelangebote für diesen Personenkreis und ihre Angehörigen ergänzt. Um dem Betreuungsbe-

darf an Demenz erkrankter Tagesgäste gerecht zu werden, bilden wir unsere Mitarbeiter bereits seit einiger Zeit gezielt aus.

▼ **Die Tagespflege wird bisher ausschließlich in der Woche angeboten. Würde eine Ausweitung der Betreuung auf das Wochenende nicht auf eine entsprechende Nachfrage bei den betreuenden Angehörigen treffen?**

▲ Die Tagesgäste nutzen das Gruppenangebot an 2 bis 5 Wochentagen. Wir haben im vergangenen Jahr versucht, Tagespflege auch an einem Samstag im Monat anzubieten und gezielt Angehörige darauf aufmerksam gemacht. Trotz umfangreicher Werbung war die Nachfrage allerdings gering. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Wir sehen trotz dieser Erfahrung einen bestehenden Bedarf und werden sicherlich nach abgeschlossener Renovierung mit neuen Möglichkeiten einen weiteren Versuch starten.

▼ **Die Bundesregierung hat kürzlich die Eckpunkte zur geplanten Pflegereform bekannt gegeben. Werden die geplanten Regelungen, Ihrer Meinung nach, zu den notwendigen Entwicklungen in der Pflegeversicherung führen?**

▲ Wie immer bleiben Reformen weit hinter dem wirklichen Alltag zurück. Die angekündigte finanzielle Unterstützung wird die vielfach hohe Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Senioren nur minimal entlasten. Positiv ist die Anerkennung, dass es einen Hilfebedarf unterhalb der bisherigen Leistungen im Rahmen der Pflegestufen I bis III gibt. Besonders Demenzkranke erfüllen diese Kriterien, sodass es für Angehörige wichtig ist, diese Belastungen auch anerkannt zu bekommen, um sich frühzeitig Hilfe holen zu können. Die Stärkung des ambulanten Bereichs ist aus meiner Sicht wichtig und richtig, trotzdem sollte nicht vergessen werden, dass nicht ausschließlich die eigene Wohnung im Stadtteil die einzig richtige Versorgungsbasis ist. Die gesamte Versorgungspalette mit ihren Vor- und Nachteilen muss betrachtet werden, nicht allein der Slogan „Ambulant vor stationär“ hat Gültigkeit. Andernfalls führt die Aufnahme eines Pflegebedürftigen in eine Einrichtung – und dazu gehört auch die Tagespflege – automatisch bei einem Angehörigen zu dem Gefühl, in der Pflege gescheitert zu sein. Der Pflegebedürftige hingegen benötigt in jeder Versorgungsform die Unterstützung durch nahe Angehörige.

LEISTUNGSANGEBOT PFLEGE

Versicherte in Bremen können auf ein umfangreiches Angebot an Pflegedienstleistungen zurückgreifen. Es werden ausschließlich Leistungserbringer unter Vertrag genommen, die vorgegebene Anforderungen erfüllen. Dies wird auch nach der Zulassung regelmäßig überprüft.

Die Anzahl der zugelassenen Leistungsanbieter im Land Bremen liegt derzeit bei 240. Für die unterschiedlichen Bereiche sind dies:

- 118 ambulante Pflegedienste (93 Bremen / 25 Bremerhaven)
- 93 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (82 Bremen / 11 Bremerhaven)
- 15 teilstationäre Pflegeeinrichtungen (13 Bremen / 2 Bremerhaven)
- 14 Einrichtungen der Kurzzeitpflege (13 Bremen / 1 Bremerhaven)

Bei anerkannter Pflegebedürftigkeit muss die Entscheidung getroffen werden, wer die Pflege übernehmen soll – entweder Angehörige, Nachbarn und/oder Bekannte, professionell arbeitende ambulante Pflegedienste, oder ob eine stationäre Pflegeeinrichtung die richtige Wahl ist.

Über den Leistungsumfang der einzelnen Anbieter und die Preise können Betroffene und deren Angehörige sich bei den Geschäftsstellen der Pflegekassen informieren. Dies gilt auch für allgemeine Beratungen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung – beispielsweise über die Anerkennung einer Pflegestufe und darüber, welche Leistungen im gegebenen Fall beansprucht werden können.

Homöopathische Behandlung für Versicherte der Arbeiter-Ersatzkassen GEK, HZK und KEH

„Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt“ lautet das Credo der von Samuel Hahnemann begründeten Medizinrichtung „Homöopathie“. Dieses Prinzip hat sich heute, 200 Jahre später, zu einer allgemein anerkannten Alternative zur Schulmedizin entwickelt. Nach Angaben des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte nutzen rund 20 Prozent der deutschen Patientinnen und Patienten die Homöopathie – eine Präferenz, die die Krankenversicherung aufnehmen will.

Daher haben die Arbeiter-Ersatzkassen Gmünder Ersatzkasse GEK, HZK die Profikrankenkasse für Bau- und Holzberufe und die Krankenkasse Eintracht Heusenstamm KEH mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Vertrag zur Förderung der homöopathischen Therapie für ihre Bremer Versicherten geschlossen, in dem die aufwändigere Erst- und Folgeanamnese besonders berücksichtigt wird.

Viele Patientinnen und Patienten erleben den sanfte-

ren, ganzheitlichen Weg der Homöopathie im Vergleich zur rein schulmedizinischen Behandlung als erfolgreicher – auch wenn nach wie vor die Wirksamkeitsnachweise unzulänglich sind oder fehlen. Besonderen Wert legen die Vertragspartner daher auf eine hohe Qualität. Nur Medizinerinnen und Mediziner die über die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ verfügen, können dem Vertrag beitreten. Eine regelmäßige Teilnahme an homöopathischen Qualitätszirkeln ist ebenfalls verpflichtend.

„Da die Versicherten von ihrer Krankenkasse auch alternative Heilverfahren erstattet bekommen möchten und sich die Homöopathie als wirksame Methode etabliert hat, haben die drei Mitgliedskassen des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes die gesetzliche Möglichkeit genutzt, die vertragsärztliche Versorgung im Sinne ihrer Versicherten zu erweitern“, erläutert Detlef Kasig, Geschäftsführer der GEK in Bremen den Beweggrund für diesen Vertragsabschluss.

Krankenkassen unterstützen ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste erbringen palliativ (lindernd)-pflegerische Beratung und Betreuung von sterbenskranken Menschen und deren Angehörige. Zu ihren Aufgaben gehört neben der Koordination der Betreuung auch die Gewinnung, Schulung und Unterstützung der ehrenamtlich HelferInnen. In Bremen und Bremerhaven betreuen derzeit 180 ehrenamtliche Kräfte sterbende Menschen in ihrem Zuhause.

Seit 2002 ist es gesetzlich möglich, dass die Krankenkassen diese ehrenamtliche Sterbebegleitung unterstützen, um den weiteren Auf- und Ausbau von Hospizdiensten zu erreichen. Seitdem fördern die Bremer Kassen deren Arbeit mit steigenden Zuschüssen von anfangs 90.000 auf 193.000 Euro in 2007. Die Fördersumme hat sich somit seit Beginn der Unterstützung mehr als verdoppelt.

In den westeuropäischen Ländern erreichen immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter. Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und schwere Erkrankungen nehmen zu und stellen entsprechend höhere Anforderungen an eine qualifizierte Sterbe-

begleitung. Ein ambulanter Hospizdienst muss daher mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammen arbeiten und von einer qualifizierten Fachkraft mit mehrjähriger Erfahrung in der Hospizarbeit geleitet werden. Dies ist eine der Voraussetzungen, für eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Neben der ambulanten Versorgung Zuhause ist die stationäre Betreuung eine weitere Möglichkeit, die letzte Phase des Lebens zu gestalten. In Bremen ist die stationäre Sterbebegleitung im Bremer Hospiz: Brücke, das ebenfalls von den Krankenkassen unterstützt wird sowie in den palliativ-medizinischen Einheiten des Klinikums Links der Weser in Bremen und des St. Joseph-Hospitals in Bremerhaven möglich. Sowohl die ambulanten Hospizdienste als auch die stationären Palliativ- und Hospizeinheiten sind organisiert in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Land Bremen e.V. Auf deren Internetseite können sich Betroffene und Interessierte informieren und Links zu den einzelnen Hospizdiensten finden: www.lag-hospiz-bremen.de

Vertrag zur Haut-Vorsorge

Frühes Erkennen für hohe Heilungschancen

Hautkrebs zählt zu den Krankheiten, bei denen die Neuerkrankungsrate in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen hat. Etwa 250.000 Menschen erkranken nach Schätzungen jährlich in Deutschland an Hautkrebs – etwa 22.000 von ihnen an der bösartigsten Variante, dem malignen Melanom oder „schwarzem Hautkrebs“. Nachweislich bestehen aber gerade für den Hautkrebs hohe Heilungschancen: Wird die Erkrankung früh erkannt, ist sie zu fast 100 Prozent heilbar.

Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen einen Vertrag über ein Hautvorsorge-Verfahren geschlos-

sen, dem inzwischen die Handelskrankenkasse (hkk), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Gmünder ErsatzKasse (GEK), Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK), HEK – Hanseatische Krankenkasse, HZK – Krankenkasse für Bau- und Holzberufe und die Krankenkasse Eintracht Heusenstamm (KEH) beigetreten sind.

Ziel des Vertrags ist es, Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen. Versicherte können daher ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich diese Leistung in Anspruch nehmen, bei der der Hautarzt die gesamte Haut auf auffällige Pigmentmerkmale oder Verfärbungen untersucht.

BÜCHER

Herausforderung Demenz

Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankung. Hintergründe – Handlungsoptionen – Praxisbeispiele. Hrsg. Von Gundo Zieres und Ursula Weibler. Schriftenreihe des MDK Rheinland-Pfalz. 2007, 231 S., zahlreiche Abb. und Fotos, €18,00, ISBN 978-3-937439-93-8. IATROS Verlag & Services GmbH, Dienheim.

In dieser Publikation beschreiben Pflegeeinrichtungen praxisnah und anhand konkreter Beispiele, wie sie in einem vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz geförderten Projekt durch organisatorische Umgestaltung, einrichtungsinterne räumliche Umwidmung, individuelle Raum- und Milieugestaltung, intensive Personalqualifizierung sowie Anpassung der Pflege- und Betreuungskonzepte den individuellen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz tatsächlich besser gerecht werden konnten. Damit verbessern sie deutlich die Lebensqualität der betroffenen Menschen und erhöhen gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter. Die entscheidenden Veränderungsprozesse erfolgten ohne finanzielle Unterstützung von außen, sodass sie auch auf andere Pflegeeinrichtungen übertragbar sind.

Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2007/2008

Institutionen, Verbände Ansprechpartner. Deutschland – Bund und Länder. 7. Jahrgang 2007, XII, 1.061 S., kartoniert, € 89,00, ISBN 978-3-87081-517-2. Abonnementpreis (inkl. Online-Zugang) € 74,00, ISBN 978-3-87081-666-7. Economica Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Regierungsstellen, Institutionen und Verbände, Wissenschaftliche und kulturelle Einrichtungen, Versicherungen, Gewerkschaften und Fachpresse: Über 4.500 Adressen finden sich thematisch geordnet im Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen, mit Ansprechpartnern, E-Mail- und Internet-Adressen. Besonders hilfreich sind die beiden alphabetischen Register, die unabhängig vom Inhaltsverzeichnis direkten Zugriff auf über 12.000 Personen und weit über 3.000 Institutionen bieten. Wer sich für ein Abonnement des jeden Sommer neu erscheinenden Taschen-Jahrbuchs entscheidet, erhält neben dem deutlich günstigeren Preis den Online-Zugang zu sämtlichen enthaltenen Adressen.

Mittels der Auflichtmikroskopie lässt sich die innere Struktur von Muttermalen stark vergrößert betrachten und so können bösartige Hauttumore bereits im Frühstadium entdeckt werden. Darüber hinaus sollen potenziell gefährdete Personen durch eine gezielte Sensibilisierung erreicht und die Versicherten über geeignete Schutzmaßnahmen informiert und beraten werden.

Für die Versicherten bedeutet die frühe Erkennung, dass Schäden vermieden und die Lebensqualität erhalten werden kann. Für die Krankenkasse und

deren Versicherte werden hingegen Kosten eingespart – Mittel, die beispielsweise in sinnvolle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen investiert werden können.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV

Benningstraße 2-6 · 28207 Bremen

Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99

Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck

E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de

KURZ GEMELDET

- Derzeit stehen den Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung **11.627 Medikamente** zur Verfügung, die **von der Zuzahlung** befreit sind. Darunter fallen Generika (Präparate mit identischem Wirkstoff, wie ein teures Originalpräparat), deren Apothekenpreis mindestens 30 Prozent unter dem Höchstbetrag liegen, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten für ein Arzneimittel übernehmen. Auf der Internetseite der VdAK/AEV-Landesvertretung ist jeweils eine Ausführung der Liste dieser Medikamente für Versicherte und für Vertragspartner abrufbar, die alle zwei Wochen aktualisiert wird: www.vdak-aev.de/LVen/BRE
- 5.552 Beratungen hat die **Unabhängige Patientenberatung** (UPB) im vergangenen Jahr zu unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt. Genauer zu den Themen der Beratung und den Problemschwerpunkten sind im Tätigkeitsbericht 2006 der UPB zu finden. Der Bericht steht im Internet unter www.patienberatung-bremen.de. Unter dieser Adresse können auch Broschüren zu unterschiedlichen Themenfeldern, wie dem Heil- und Kostenplan beim Zahnersatz, zu Behandlungsfehlern oder dem Einsichtsrecht in ärztliche Unterlagen heruntergeladen werden.
- Auf dem **3. Bremer Fachtag Demenz** am 29. Juni haben sich wieder viele Angehörige, Fachleute und Interessierte rund um das Thema Demenz informiert. Besonders die Workshops zu ganz praktischen Themen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, die im Hotel Hilton stattfanden, waren von großem Interesse und schnell ausgebucht. Aber auch die Vorträge und Informationsstände auf dem Bremer Marktplatz waren gut besucht. Organisiert wurde der Fachtag von der DIKS – Demenz Informations- und Koordinationsstelle. Informationen zur DIKS sind im Internet unter www.sozialag.de zu finden.



Im Hotel Hilton und auf dem Marktplatz konnten sich Interessierte zum Thema Demenz informieren. (Bild: DIKS)