

report bremen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Mai 2009

Hausarztverträge – Ersatzkassen wollen Wettbewerb

Die Hausarztzentrierte Versorgung ist ein Steckenpferd der Bundesgesundheitsministerin – und sie macht Sinn, wenn sich über eine freie Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Ärzten das beste Vertragsmodell durchsetzt. Das angestrebte Ideal der Verträge: Der Hausarzt soll als erster Ansprechpartner im Gesundheitswesen dem Patienten zunächst mit seinen (allgemein-)ärztlichen Möglichkeiten helfen und ihn darüber hinaus koordinierend durch das Gesundheitswesen begleiten. Er soll die richtigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auswählen und gezielt zu Fachärzten überweisen.

Nach dem Gesetz ist für Versicherte die Teilnahme freiwillig – und auch für die Krankenkassen war der Abschluss eines solchen Vertrages bis Anfang des Jahres eine Option. Viele Kassen haben diese Möglichkeit der Vertragsgestaltung entsprechend genutzt und Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, in der Regel über die Kassenärztlichen Vereinigungen, geschlossen. Begleitende Untersuchungen zum Nutzen der Hausarztverträge haben inzwischen allerdings für Ernüchterung gesorgt. Es hat sich herausgestellt, dass

die bestehenden Vereinbarungen nicht unbedingt halten, was man sich von ihnen versprochen hat.

In dieser Ausgabe:

- Interview zu neuen Vertragsoptionen mit Prof. Glaeske
- Noten für die Pflege – MDK-Bewertungen werden veröffentlicht
- Hilfen aus einer Hand: Pflegestützpunkte in Bremen eröffnet
- Hospiz:brücke

Gerade zu diesem Zeitpunkt, wo man die Idee „Hausarztvertrag“ überdenken, verbessern und möglicherweise alternative Konzepte überlegen sollte, verpflichtet der Gesetzgeber die Kassen mit der Neufassung des Paragraphen 73 b SGB V, bis zum 30. Juni Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Und zwar nicht mit

frei gewählten Vertragspartnern, wie es noch im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) vorgesehen war, sondern mit dem Hausärzteverband, der durch das Gesetz quasi das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt. Denn faktisch wird nur dieser in der Lage sein, den geforderten Anteil von 50 Prozent der Allgemeinmediziner einer Region zu vertreten.

Dabei wird die Schaffung eines Vertragsmonopols neben den Kassenärztlichen Vereinigungen kaum den erwünschten Wettbewerb um die bessere Versorgung ins System bringen. Dies zeigt schon der Vertragsentwurf, den der Hausärzteverband bundesweit den Krankenkassen präsentiert. Problematisch ist daneben auch die Frage nach der Gesamtverantwortung für die Versorgung. Bisher haben die Kas-

senärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung übernommen. Wie sollen diese zukünftig eine flächendeckende Sicherstellung organisieren, wenn ein Großteil der Leistungen vertraglich eigenständig organisiert ist?

Sieht so die politische Vorstellung von Selektivverträgen aus, dann wird es teuer für die Krankenkassen. Denn allein diese Form der Ausgliederung der hausärztlichen Versorgung aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigungen würde 4 Milliarden Euro zusätzlich kosten, wenn man die in Bayern und Baden-Württemberg geschlossenen Verträge mit der AOK bundesweit anwenden würde. Darin noch nicht enthalten ist die Sicherstellung der Versorgung, die sich die Hausärzte sicherlich zukünftig extra vergüten lassen wollen...

DER KOMMENTAR



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Daran zu glauben, dass sich mit Hausarztverträgen unter den Bedingungen des Paragraphen 73 b irgendeine Verbesserung der Versorgung einstellt, wäre naiv. Die Verträge werden genutzt, um das Budget der Hausärzte aufzubessern. Dies scheint ein gangbarer Weg, wenn sich Mediziner im Streit um die Verteilung der aktuellen Budgeterhöhung im Zuge der Honorarreform benachteiligt sehen. Allerdings wird damit aus der Idee eines Vertrags zum Nutzen der Versicherten ein Budgetnachschatz für die Ärzte.

Um zu dem eigentlichen Sinn neuer Vertragsformen zurückzukommen, haben die Ersatzkassen als konstruktiven Vorschlag zu einem Ideenwettbewerb aufgerufen, der spürbare Qualitätsverbesserungen für die Patienten hervorbringen soll. Angesprochen sind Ärztenetze oder andere Ärztegemeinschaften, die ihre Kreativität und ihr Potenzial einbringen möchten, um die hausärztliche Versorgung zu verbessern. Eine Kopie des AOK-Hausarztvertrags wie in Bayern oder Baden-

Württemberg lehnen die Ersatzkassen nicht nur dort, sondern auch in Bremen ab. Eine besondere ärztliche Versorgung kann nicht bedeuten: Mehr Geld für die gleichen Leistungen wie bisher.

Interview mit Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen

▼ Derzeit beobachtet man in allen Leistungsbe-
reichen der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV) die Tendenz, dass der Gesetzgeber ver-
pflichtend neue Versorgungsmodelle und Finan-
zierungsverpflichtungen für Krankenkassen ein-
führt. Dies gilt für Hausarztverträge sowie für die
Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung
(SAPV) und andere Modelle. Oft ist jedoch keine
wesentliche Verbesserung der Qualität oder der
Versorgungsstrukturen durch diese Eingriffe

belegbar – sie führen allerdings immer zu hohen
Finanzierungsforderungen der Leistungserbrin-
ger. Ist der freie Wettbewerb, ohne gesetzliche
Verpflichtungen, eine bessere Option für Effi-
zienz und Innovation?

▲ Wettbewerb ist ein Instrument, das bezogen auf
die gesetzliche Krankenversicherung erläutert werden
muss, schließlich sind wir nicht im Bereich Media-
Markt oder Saturn, Kaufhof oder Karstadt.



Prof. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Es handelt sich in der GKV nämlich nicht um einen Wettbewerb um unterschiedliche Leistungen, letztlich definiert der Leistungskatalog in der GKV zu über 90 % alle Behandlungs-, Vorsorge- und Früherkennungsoptionen, die den Versicherten, übrigens unabhängig vom Alter, Geschlecht und Einkommen, in jeder Kasse zustehen. Der Wettbewerb im Rahmen eines feststehenden Leistungskatalogs hat daher die Art und Weise der

Leistungserbringung im Mittelpunkt, er wird damit zum regulierten Wettbewerb, in dem die Qualität der Versorgung neben der Effizienz im Mittelpunkt steht. Dazu gehören in der Arzneimittelversorgung sowohl die Erhöhung der Generikaquote oder die Verminderung der me-too-Quote wie auch die besondere Berücksichtigung von Problemen in der Arzneimitteltherapie für ältere Menschen: Zu viele Arzneimittel nebeneinander führen zu Wechselwirkungen, die häufig genug im Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Wettbewerb in der GKV soll daher den einzelnen Kassen die Chance eröffnen, eine Suchstrategie nach solchen Vertragsmodellen zu verfolgen, die für ihre Versicherten besonders „passend“ sind und Aspekte von Qualität und Innovation, Wirtschaftlichkeit und Service miteinander verbinden: Die einen werden Medizinische Versorgungszentren anbieten, die anderen setzen mehr auf eine bevölkerungsbezogene integrierte Versorgung, die dritten bieten auch weiterhin Disease-Management-Programme an. Daher sind alle verpflichtenden Organisationsformen letztlich wettbewerbsfeindlich und „predigen“ weiter das Prinzip des Gemeinsamen und Einheitlichen. Diese Zeiten sollten jedoch vorbei sein, nachdem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Türen zu selektiven Verträgen im Rahmen des gesetzlich geregelten Leistungskatalogs geöffnet hat – seitdem ist Bewegung in der Vertragslandschaft zu erkennen.

▼ Mit dem GMG war es den Kassen noch freigestellt, einen Hausarztvertrag abzuschließen. Diese Vertragsoption haben viele Kassen genutzt. Inzwischen belegt die Erfahrung, dass die bestehenden Hausarztverträge in vielen Aspekten nicht halten, was man sich von ihnen versprochen hat. Wo sollte man jetzt ansetzen, um mit dem Instrument „Hausarztverträge“ tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung herbeizuführen?

▲ Wenn es eine klare wissenschaftliche Erkenntnis darüber gäbe, dass die hausärztliche Versorgung

grundsätzlich die Behandlungsqualität und Effizienz in einem Gesundheitssystem verbessern würde, müsste man in der Tat jede Kasse verpflichten, eine solche hausärztliche oder auch primärärztliche Versorgung anzubieten. Diese Erkenntnis liegt jedoch nicht vor, die Ergebnisse vieler Untersuchungen und auch die Evaluation der bisherigen Hausarztverträge sind keineswegs so vielversprechend, wie viele gehofft haben, eine Verpflichtung für obligatorisch anzubietende Hausarztverträge lässt sich daraus zumindest nicht ableiten. Daher sollte es der Gesetzgeber weiterhin den Kassen überlassen, welchen Weg sie gehen: Es mag ja Kassen geben, die bezogen auf ihr Versichertenklientel eine hausärztlich orientierte Versorgung für sinnvoll halten, weil sie ein ausuferndes doctor hopping und clinic shopping vermeiden und den Hausarzt für einen Erstkontakt der Patientinnen und Patienten anbieten möchten, damit sich die Koordination der weiteren Versorgung verbessert. Andere Kassen werden für ihre Klientel eher eine facharztorientierte Behandlung im Rahmen einer integrierten Versorgung anbieten wollen. Wenn aber schon, was ich persönlich für falsch halte, eine gesetzliche Verpflichtung besteht, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, muss als Ziel die Verbindung von Qualität, Effizienz und Honorierung vertraglich geregelt werden. Es kann doch nicht sein, dass ein Gesetz den Hausärzten letztlich ein Vertragsmonopol zuspielt und die Kassen aus einer solchen Zwangslage auf die Bedingungen der Hausärzte eingehen müssen, weil sie anderenfalls Schwierigkeiten hätten, das gesetzlich geforderte Vertragsangebot umzusetzen. Es kann doch nicht sein, dass ein mit standespolitischem Druck von Seiten der bayrischen Hausärzte ins SGB V „hineinlobbyierter“ Paragraph 73 b umgesetzt werden muss, obwohl jegliche „belastbaren“ Ergebnisse für eine Verbesserung von Qualität und Effizienz fehlen. Die GKV ist doch kein „Selbstbedienungsladen“ für Anbieter, sie sollte sich vielmehr bei allen Entscheidungen am Bedarf und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren.

▼ Unter welchen Bedingungen (Qualität, Fortbildung etc.) hat das Modell des Hausarztes/der Hausärztin als Lotse im System aus Ihrer Sicht einen wirklichen Nutzen für die Patienten?

▲ Mir gefällt, ehrlich gesagt, das Wort Lotse in diesem Zusammenhang nicht besonders. Lotsen sind die einsamen, zwar kundigen, aber letztlich allein entscheidenden Experten in den jeweiligen Gewässern, durch die sie dann ein Schiff leiten. Hausärztinnen und Hausärzte haben aber dann

einen besonderen Wert für die Patientinnen und Patienten, wenn sie die Koordination mit anderen Behandlungsinstitutionen verbessern, die Kommunikation über die notwendige Behandlung mit allen Beteiligten fördern und die Integration der Behandlungsabläufe, auch über die Sektoren hinweg, als wichtige Aufgabe betrachten. Dazu kann gehören, dass die Arzneimitteltherapie immer wieder mit Blick auf unerwünschte Wirkungen oder Wechselwirkungen geprüft und bei auftretenden Problemen mit den Kollegen in der Behandlung gesprochen wird, dies kann bedeuten, dass auch diagnostische Maßnahmen organisiert werden, dies kann auch bedeuten, dass im Rahmen der oftmals fragmentiert verlaufenden Behandlungen die Befunde oder medizinischen notwendigen Entscheidungen beim Hausarzt zusammenlaufen und dem Patienten erläutert werden können. Hausärztinnen und Haus-

ärzte haben daher neben ihren fachlichen Qualifikationen, die sie immer wieder im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Fortbildungsmaßnahmen „auffrischen“ und erweitern müssen, eine wichtige kommunikative und koordinative Aufgabe – sie müssen zusammenbringen, was zusammengehört, und dies auch den Patientinnen und Patienten vermitteln. Wenn diese Ziele als Anforderung in Verträgen festgehalten werden, können solche Verträge sicherlich auch zu mehr Qualität und Effizienz führen.

Professor Gerd Glaeske ist Leiter des Arbeitsbereichs „Versorgungsforschung mit Arzneimitteln und sonstigen Leistungen“ im Fachbereich „Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Noten für die Pflege

Bewertungen von Heimen und ambulanten Diensten werden veröffentlicht

Pflegeskandale und regelmäßig erscheinende Berichte über teilweise gravierende Pflegemängel stellen die Qualität der Pflege in Deutschland immer wieder grundlegend infrage. Dies ist zum einen im Interesse der Betroffenen nicht hinzunehmen, zum anderen wirft es ein schlechtes Licht auf die Mehrzahl der Heime und Pflegedienste, die gut und engagiert arbeiten. Daher sollen ab dem Sommer die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bewertet und veröffentlicht werden.

Der Gesetzgeber hat mit der zugrunde liegenden Vorschrift im Paragraphen 115 des elften Sozialgesetzbuches die allgemeine Forderung nach mehr Transparenz über die Qualität in der Pflege aufgegriffen und damit eine rechtliche Grundlage für die Veröffentlichung der MDK-Prüfergebnisse geschaffen.

Die Kriterien für die Bewertung wurden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Organisationen der Pflegeeinrichtungen, der Krankenkassen und der Sozialämter vereinbart – eine Aufgabe, deren Lösung allerdings nur mit erheblichen Zugeständnissen an die Seite der Leistungserbringer möglich war. Darunter fiel beispielsweise

die Darstellung der Ergebnisse nach dem Ampelsystem (grün, gelb, rot), die für betroffene und interessierte Bürger besonders eingängig und plausibel gewesen wäre.

Gut verständlich ist nun aber auch die Darstellung in Schulnoten. Von „sehr gut“ bis „mangelhaft“. Diese Noten ergeben sich aus der Beurteilung von 82 Kriterien aus den fünf Bereichen für die stationäre Pflege:

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
- Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

Damit werden alle wichtigen Aspekte der Pflege – vom Ernährungszustand, der Sturzprophylaxe und der Dekubitusvorbeugung bis zur sozialen Betreuung und Alltagsgestaltung – der Beurteilung nach dem Schulnotensystem zugänglich gemacht, aus der sich am Ende eine Note für das Gesamtergebnis ergibt. Die Ergebnisse der Bewohnerbefragung

werden in einer gesonderten Note ausgedrückt, damit fehlende Objektivität oder eine eventuelle Angst davor, schlechter behandelt zu werden, die Ergebnisse des MDK nicht verfälschen.

Das Verfahren für die ambulante Pflege ist analog zur stationären Pflege aufgebaut – mit Unterschieden in den Kriterien und den Qualitätsbereichen:

- pflegerische Leistungen
- ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
- Dienstleistung und Organisation
- Befragung der Kunden

Die Verbände der Krankenkassen werden in den nächsten Wochen die Vereinbarung auf der Landesebene umsetzen und die MDK-Ergebnisse nach dem beschriebenen Schulnotensystem auswerten und in der zweiten Jahreshälfte im Internet veröffentlichen. Zudem werden die rund 130 teil- und

vollstationären Pflegeheime und 115 Pflegedienste im Land Bremen verpflichtet, die verständlich dargestellten Ergebnisse ihrer MDK-Prüfung für alle Bewohner, Besucher und Interessenten gut sichtbar in der Einrichtung auszuhängen. Die gleichzeitige Ermittlung und Veröffentlichung einer Landesdurchschnittsnote ermöglicht zukünftig einen Vergleich der Leistungen.

Auch die Häufigkeit der Kontrollen nimmt zu. Wurde bisher eher anlassbezogen geprüft, sollen bis Ende 2010 jedes Heim und jeder Pflegedienst in Bremen einmal unangemeldet vom MDK geprüft worden sein. Danach erfolgt die Kontrolle jährlich.

Die laienverständliche Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll helfen, die Qualität der Pflege zu verbessern. So werden längerfristig nur Pflegeeinrichtungen eine Chance am Markt haben, die auch wirklich gute Pflege bieten.

Qualität der Pflegeeinrichtung:		Seniorenresidenz „Am Deich“	
		Seestraße 9 · 12345 Hafenstadt Telefon (0 22 22) 99 99 99 · Fax (0 22 22) 89 99 99 E-Mail: amDeich@xls.de	
Anzahl der versorgten Bewohner: 100		Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner: 12	
Qualitätsbereiche	MDK Ergebnis	Gleichwertige Prüfung	Vergleichswert im Bundesland
Pflege und medizinische Versorgung	2,4 gut		Anzahl der Pflegeheime im Bundesland 1.800 Anzahl der geprüften Pflegeheime 411
Umgang mit demenzkranken Bewohnern	4,2 ausreichend		
Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	3,0 befriedigend		
Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	2,2 gut		
Gesamtergebnis (aus allen 64 Fragen der vier Qualitätsbereiche)	2,4 gut		2,3 gut
Befragung der Bewohner	1,4 sehr gut		
Darstellung der MDK-Prüfergebnisse für die Veröffentlichung			

Hilfen aus einer Hand

Drei Pflegestützpunkte in Bremen eröffnet

Gemeinsam mit Bremens Sozial- und Gesundheits-senatorin Ingelore Rosenkötter und dem Staatsse-
kretär des Bundesgesundheitsministeriums, Dr.
Klaus Theo Schröder, haben die Kranken- und Pfl-
gekassen am 14. April den ersten der drei Pflege-
stützpunkte im Einkaufszentrum „Berliner Freiheit“
eröffnet. Seit dem 15. und 16. April sind auch die
Pflegestützpunkte in Bremerhaven (Bürgermeister-
Smidt-Straße 29/31) und in Bremen-Nord (Einkaufs-
zentrum „Haven Hööv“) am Start.

Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte sollen Betrof-
fene und Angehörige über Pflegeleistungen und
-einrichtungen umfassend, neutral und unabhängig
informieren und beraten. Sie sollen ihnen helfen
sich zu orientieren, die richtige Form der Unterstüt-
zung zu finden und die notwendigen Anträge zu
stellen – dabei unterstützen die MitarbeiterInnen
der Kranken- und Pflegekassen sowie der Sozialbe-
hörde vor Ort.

Die besonders geschulten Mitarbeiter beraten zum
gesamten Spektrum der Pflege, wie beispielsweise:



Staatssekretär Schröder im Pflegestützpunkt Bremen

- Pflegedienste für die Betreuung zuhause,
- Tages- oder Kurzzeitpflege,
- Präventionsmöglichkeiten und -angebote,
- Pflegekurse und Wohnberatung
- Hilfen zum Lebensunterhalt
- Landespflegegeld und Blindengeld...

Die Beratung erfolgt im Pflegestützpunkt selbst,
telefonisch und bei Bedarf auch zuhause.

Neu ist auch, dass Vertreter von Selbsthilfegruppen
und Ehrenamt in die Arbeit der Pflegestützpunkte
eingebunden sind – für sie stehen Räume und
Sprechstunden zur Verfügung. Die Pflegestützpunk-
te ergänzen damit das bestehende gute Angebot
der Kranken- und Pflegekassen, das auch weiterhin
bestehen bleibt.

Mehr zu den Pflegestützpunkten unter:
www.bremen-pflegestuetzpunkt.de



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung im
Pflegestützpunkt Bremerhaven

pflegestützpunkt
Land Bremen

hospiz:brücke

Seit sieben Jahren viele Gäste und Angehörige betreut

Im Februar 2002 hat das hospiz:brücke seine ersten Gäste aufgenommen. Seitdem wurden über 900 schwerstkranke Menschen auf ihrem letzten Weg im Leben begleitet. Für das Versorgungsangebot in Bremen ist das Hospiz inzwischen eine wichtige Einrichtung geworden.



Außenansicht des Hospizes in Walle

Die Betreuung ist umfassend und bietet professionelle medizinische Versorgung in einem fast privaten Rahmen. Haupt- und ehrenamtliche Begleiter und das pflegerische Personal tragen dazu bei, dass die Gäste gut betreut und möglichst

schmerzfrei die Zeit ihres Aufenthalts erleben können. Dabei hebt sich die behagliche und ruhige Atmosphäre der alten Villa deutlich vom Alltag in einem Krankenhaus ab. Man kann sich gut vorstellen, dass hier ein Mensch zur Ruhe kommen und sich gemeinsam mit Angehörigen oder Nahestehenden auf den bevorstehenden Tod vorbereiten kann.

Wo eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist, stehen Betreuung und Begleitung im Zentrum der Versorgung. Das bezieht auch die Angehörigen und Nahestehenden ein, die einen Menschen verlieren. Der Prozess des Sterbens braucht Zeit und Ruhe. Für Monika Foppe, Leiterin des hospiz:brücke stellt sich allerdings an genau diesem Punkt ein Problem. Die durchschnittliche Verweildauer der Gäste von unter 14 Tagen ist besonders niedrig; 20 bis 30 Prozent von ihnen versterben sogar innerhalb der ersten vier Tage. „Bis sich ein Mensch an eine neue Umgebung gewöhnt hat, dauert es eine Weile. Wenn diese Umstellung auch noch in die Zeit des Abschiednehmens und der Bewältigung körperlicher Beschwerden fällt, dann wird dies umso schwieriger“, schildert Frau Foppe. Für sie ist es daher wichtig, dass Patienten und Angehörige das Hospiz kennen. Nur so können sich Angehörige, Ärzte und Krankenhauspersonal frühzeitig um eine Verlegung kümmern. „Eine kurzfristige Entscheidung in den letzten Lebenstagen ist immer nur die zweitbeste Lösung“, weiß Frau Foppe.

H O S P I Z : B R Ü C K E

Das hospiz:brücke ist mit seinen acht Plätzen das einzige stationäre Hospiz in Bremen. Es wird zum Teil aus Spendenmitteln der Zentrale für Private Fürsorge, aus Mitteln des Landes Bremen und zum größten Teil aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Der Anteil der Kassen lag 2008 bei rund 400.000 Euro. Von den Gästen ist lediglich ein Eigenanteil von rund 27 Euro pro Tag zu tragen. Diese geringe Eigenbeteiligung ist maßgeblich für das Konzept des Hospizes, um es allen Bürgern möglich zu machen, die Einrichtung zu nutzen.

Für die palliativmedizinische (lindernde) Versorgung sind Ärzte des DIAKO und des Klinikum Links der Weser in das Netzwerk des hospiz:brücke eingebunden. Sie sind mindestens zweimal in der Woche vor Ort und darüber hinaus in Tag- und Nachtbereitschaft ständig erreichbar. Die pflegerisch-/betreuende Versorgung wird von 15 speziell ausgebildeten hauptamtlichen Pflegekräften und ebenso vielen Ehrenamtlichen rund um die Uhr sichergestellt.

hospiz:brücke, Lange Reihe 102, 28219 Bremen
Telefon (04 21) 38 02 40
www.zfpf.de

Daher arbeitet die Zentrale für Private Fürsorge, als Träger des hospiz:brücke, derzeit an einer wirkungsvolleren Außendarstellung, wie beispielsweise einem neuen Internetauftritt.

Das Hospiz ist – neben den palliativmedizinischen Einheiten der Bremer Krankenhäuser – ein wichtiger Teil des Versorgungsangebotes für die Bürger. Die Ersatzkassen weisen ihre Vertragspartner im ambulanten und stationären Bereich daher ausdrücklich auf dieses Angebot für schwerstkranke Menschen hin. So können die Betroffenen in der Arztpraxis und im Krankenhaus frühzeitig informiert werden, damit sie die letzte Zeit ihres Lebens so schmerzfrei und so gut begleitet wie möglich verbringen können.



Monika Foppe (re.) im Gespräch mit einer Kollegin im Wintergarten.

IN EIGENER SACHE



Verband der Ersatzkassen präsentiert sich in neuem Design

Seit 1. Januar 2009 haben sich die Ersatzkassen im Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zusammengeschlossen. Hervorgegangen ist der vdek aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

(VdAK) und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., die sich zusammengeschlossen haben. Damit sind nun alle acht Ersatzkassen mit bundesweit 24 Millionen Versicherten unter dem Dach des vdek vereint:

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- KKH-Allianz
- Gmünder ErsatzKasse – GEK
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

Gleichzeitig präsentiert sich der neue Verband mit einem neuen Erscheinungsbild, das auch der modernisierten Organisationsstruktur des Verbandes Rechnung trägt. Das neue Logo drückt in seiner blau-grauen Farbgebung den Dienstleistungs- und Servicecharakter des Verbandes aus und symbolisiert die acht Gründungsmitglieder des Verbandes.

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek: „Die Ersatzkassen bündeln ihre Kräfte in einem stärker werden den Kassenwettbewerb. Dies soll auch durch den neuen Namen und durch das neue Erscheinungsbild und das Logo zum Ausdruck gebracht werden.“

Auch die Internetadressen haben sich verändert. Der vdek ist jetzt im Internet unter www.vdek.com erreichbar. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des vdek sind unter den neuen E-Mail-Adressen: vorname.nachname@vdek.com erreichbar. Aber auch die alten Internet- und Mailadressen sind noch gültig.

In Bremen haben die Kassen des vdek rund 176.000 Mitglieder und 230.000 Versicherte – über 40 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten in Bremen werden von einer Ersatzkasse betreut.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des vdek
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl L. Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdek.com