

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ARZTHONORAR Konstruktive Verhandlungen in Bremen | LANDESBASISFALLWERT 2013 vereinbart
KAISERSCHNITTRATE Initiative für natürliche Geburt | FRÜHFÖRDERUNG startet in Bremen

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JANUAR 2013

KÖPFE

Neuer Bremer Senator



FOTO: Senatkanzlei

DER NEUE SENAT mit Dr. Schulte-Sasse (2.v.l.)

Nachdem Ende November 2012 die bisherige Bremer Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Renate Jürgens-Pieper (SPD), überraschend von ihrem Amt zurückgetreten ist, wurden am 13.12. ihre Nachfolger gewählt. Die Ressorts, die erst nach der Wahl 2011 zusammengelegt worden waren, wurden wieder getrennt. Neuer Gesundheitsminister ist Dr. Hermann Schulte-Sasse (parteilos), Senatorin für Bildung und Wissenschaft ist Prof. Dr. Eva Quante-Brandt (SPD). Schulte-Sasse ist in der Gesundheitspolitik kein Unbekannter: Der Mediziner war u.a. Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium und von 2007 bis 2011 Bremer Staatsrat für Gesundheit. Fachliche Qualitäten bringt er also mit, um die großen Herausforderungen im Gesundheitsressort, z.B. die Sanierung des kommunalen Klinikverbundes Gesundheit Nord zu bewältigen.

HONORARVERHANDLUNGEN ÄRZTE 2013

Bundesweit turbulent, konstruktiv in Bremen

Nach schwierigen Verhandlungen einigten sich GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf eine Honorarerhöhung um etwa vier Prozent. Nun wird auch in Bremen verhandelt – noch ohne Ergebnis, aber in konstruktiver Atmosphäre.

Text: Birgit Tillmann

Zuvor war es bundesweit turbulent zugegangen. Unerwartet zäh gestalteten sich die Verhandlungen: Die KBV hatte anfangs elf Prozent mehr beim Orientierungspunktwert gefordert, die Kassen dagegen sieben Prozent weniger. Nachdem im Erweiterten Bewertungsausschuss (E-BA) eine Erhöhung des Punktwertes um 0,9 Prozent beschlossen wurde, zog sich die KBV aus den Verhandlungen zurück. Protestaktionen von Teilen der Ärzteschaft folgten. Schließlich konnten sich GKV-SV und KBV auf ein Eckpunktepapier als Grundlage für die Honorarvereinbarungen 2013 einigen.

Zwischen 1,13 und 1,27 Milliarden Euro beträgt das Gesamtvolumen des Komplexes. Darin enthalten sind:

- Erhöhung des Orientierungspunktwertes um 0,9 Prozent (270-290 Millionen Euro)
- Zuschläge zum Orientierungspunktwert (150-200 Mio Euro)
- extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapie (130 Mio Euro)
- Mengenanstieg im extrabudgetären Bereich (150 Mio Euro)

- Förderung der haus- und fachärztliche Grundversorgung (250 Mio Euro)
- Mengenanstieg durch Veränderungsrate (180-250 Mio Euro)

Da das Versorgungsstrukturgesetz regionale Verhandlungen der bundesweiten Eckpunkte festgelegt hatte, laufen seit November 2012 auch in Bremen Gespräche zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB). Während in Hamburg, Bayern und Sachsen die Schiedsstellen bemüht werden, finden die Bremer Verhandlungen in konstruktiver Atmosphäre statt. Noch ist jedoch kein Abschluss erzielt.

In 2012 bekam die KVHB etwa 285 Mio Euro für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Bremer Versicherten, plus 100 Mio Euro für auswärtige, v.a. niedersächsische Patienten. Derzeit wird in Bremen über ein Plus von vier Prozent diskutiert. Die genaue Verteilung des Gesamtvolumens ist noch unklar. Die Kassenverbände und die KVHB treffen sich erneut am 17. Januar 2013. ■

Zu schnell unters Messer?



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Wer Schmerzen hat oder krank ist, soll in Deutschland bestmöglich behandelt werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass immer operiert werden sollte. Dieser Eindruck entsteht aber, wenn man sich die Zahlen zur Mengenausweitung von Operationen anschaut. Allein 87 Prozent aller Rücken-OPs sind nach einer Statistik der TK unnötig. Natürlich spielt das zunehmende Alter der Versicherten eine Rolle. Doch nirgendwo in Europa ist die Zahl der Herz- und Rücken-Operationen in den letzten Jahren dermaßen rasant angestiegen. Auffällig auch: Ausgerechnet diese OPs bringen den Kliniken am meisten Geld.

Schlimm auch, wenn immer wieder zu lesen ist, wie einzelne Kliniken ihre Chefärzte mit Sonderzahlungen belohnen, wenn sie viel für die Krankenhäuser durch Operationen „erwirtschaften“. Diese Möglichkeit gehört gesetzlich verboten. Leider konnte sich bei der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes die Idee, Bonuszahlungen an ärztliches Personal wenigstens in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser auszuweisen, nicht durchsetzen. So ist Eigeninitiative der Betroffenen nötig. Die Ersatzkassen helfen ihren Versicherten, indem sie eine Zweitmeinung ermöglichen. Im Zweifel sollte man sich erst danach für oder gegen einen Eingriff entscheiden: Vier Augen sehen oft mehr als zwei.

Praxisgebühr abgeschafft – zu welchem Preis?

Ab 2013 wird die Praxisgebühr gestrichen. Das hat der Koalitionsausschuss nun festgelegt. Doch die Einnahmeausfälle müssen anderweitig finanziert werden – gegebenenfalls zu Lasten der Versicherten.



DER WEGFALL DER PRAXISGEBÜHR belastet auch die Versicherten

Eingeführt wurde die Praxisgebühr im Jahr 2003 unter der rot-grünen Bundesregierung. Man wollte damit die finanziell unter Druck stehenden gesetzlichen Krankenkassen entlasten. Außerdem hoffte man, die Zahl der unnötigen Arztbesuche zu reduzieren und damit die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit zu stärken. Der Hausarzt sollte eine Art Lotsenfunktion übernehmen und die Patienten per Überweisung an die Fachärzte weiterleiten.

Doch diese Hoffnungen haben sich nicht erfüllt. In den Folgejahren hat sich der Trend steigender Fallzahlen fortgesetzt. Außerdem wurde Kritik laut, dass ausgerechnet einkommensschwache Versicherte sich den nötigen Arztbesuch sparten.

Andererseits wurden die Krankenkassen tatsächlich um jährlich etwa zwei Milliarden Euro entlastet. Diese Einnahmen

fallen nun weg, ohne dass klar ist, wie diese Ausfälle kompensiert werden. Im ungünstigsten Fall müssen einzelne Kassen wieder einen Zusatzbeitrag für ihre Versicherten erheben.

Außerdem droht die Minderung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds im Jahr 2013 um 2 Milliarden Euro und eine von der Koalition mittelfristig beabsichtigte weitere Kürzung um 2 Milliarden Euro. Auch wenn kurzfristig 2 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Fonds zugeführt werden soll, werden die Kassen doppelt belastet.

Eine Lösung wäre die stets vom vdek propagierte Rückkehr zur Beitragsautonomie der Kassen. Damit wäre die Diskussion über die Zuschüsse im Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträge beendet, und die GKV könnte auch in Zukunft finanziell sicher planen. ■

KRANKENHAUS

Landesbasisfallwert
2013 steht fest

FOTO: MVL/evl - Fotolia.com

IN BREMEN steht fest, wie viel Geld die Krankenhäuser in 2013 bekommen.

Bremer Krankenhäuser bekommen ab 2013 1,64 Prozent mehr pro Fall. Darauf haben sich Mitte Dezember Vertreter der Krankenkassenverbände und der Bremer Krankenhausgesellschaft geeinigt. Der neue Landesbasisfallwert (LBFW) 2013 beträgt demnach 3.105 Euro.

In Bremen konnten sich die Vertragsparteien ohne Anrufung der Schiedsstelle einvernehmlich und zügig verständigen. In 2012 betrug der LBFW noch 3055 Euro. Im neuen Preis sind auch tariflich vereinbarte Lohn- und Tarifsteigerungen berücksichtigt. Diese Summe gilt für alle Häuser im Land Bremen. Der tatsächlich gezahlte Betrag pro Patient setzt sich aus einer Multiplikation des LBFW mit dem Leistungswert des bundesweit gültigen DRG-Katalogs zusammen. Der neue LBFW entspricht einem Landesbudget von 678.200.310 Euro.

Die vereinbarte Leistungsmenge beträgt 218.422 Bewertungsrelationen, was einer Steigerung zu 2012 um 1,39 Prozent oder 3000 Bewertungsrelationen entspricht. Bremen ist in diesem Jahr das erste Bundesland mit Abschluss. Daher fehlt ein Vergleich mit anderen Ländern. Mit dem Abschluss liegt Bremen jedoch innerhalb des bundesweit einheitlichen Basisfallwertkorridors.

PFLEGEVERSICHERUNG

Mehr Flexibilität und Service
für Pflegebedürftige

Kein „Jahr der Pflege“ wie angekündigt, aber immerhin eine Pflege-reform hat der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf den Weg gebracht. Ab 2013 gilt das Pflege-Neuausrichtungsgesetz, deren Umsetzung in Bremen derzeit vorbereitet wird.

Text: Birgit Tillmann

Allen voran erhalten Demenz- kranke mehr Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Erstmals können sie auch in Pflegestufe 0 Pflegegeld oder Pflege-sachleistungen beziehen. Die Beträge für die Pflegestufen I bis II wurden erhöht. Und neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung können Versicherte nun auch Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Daneben soll die Pflegeleistung flexibler gestaltet werden: Der Pflegebedürftige kann ein Zeitkontingent wählen, bei dem er selbst bestimmt, welche Leistungen in dieser Zeit erbracht werden. Dadurch sollen die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen stärker berücksichtigt werden. Daneben bleiben jedoch die alten Pauschalen für Komplexleistungen bestehen. Derzeit verhandeln Pflegekassenverbände und Anbieter in Bremen mit dem Ziel, bald eine entsprechende Vereinbarung zu erhalten.

Neben ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen sollen ambulante Wohngruppen für Pflegebedürftige gestärkt werden. Diese so genannten Pflege-WGs, die die tägliche Versorgung von maximal zwölf Pflegebedürftigen selbst organisieren, erhalten einen finanziellen Zuschuss, mit dem eine gemeinsame Pflegekraft bezahlt werden kann, sowie eine Anschubfinanzierung. In Bremen liegen bereits einige Anträge zur Genehmigung vor.

Der Gesetzgeber fordert zudem mehr Service: Wenn die Pflegekassen den Antragstellern nicht innerhalb von zwei

Wochen einen Beratungstermin anbieten können, müssen sie Beratungsgutscheine für andere qualifizierte Dienstleister anbieten. Auch bei Entscheidungen wird Druck gemacht: Dauert es länger als fünf Wochen bis zur Entscheidung, muss die Kasse ein Strafgeld zahlen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen in Bremen, der für die Begutachtung zuständig ist, ist sich jedoch sicher, dass hier keinerlei Verzögerungen zu befürchten sind, er sieht sich in der Lage, die Fristen einzuhalten.

Entlastung gibt es für pflegende Angehörige: Nehmen sie für eine Auszeit wie Kur oder Urlaub eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch, wird vier Wochen lang die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt.

Neben diesen kleinen Neuerungen fehlen jedoch immer noch die großen Lösungen. So fehlt nach wie vor eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wie sie seit Jahren diskutiert wird. Auch bleibt unklar, wie die Pflege nachhaltig finanziert werden soll: Die Beitragserhöhung um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent des Bruttolohnes (2,3 Prozent für Kinderlose) reicht nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums gerade einmal bis Anfang 2015. Und über den Sinn des so genannten „Pflege-Bahrs“, des staatlichen Zuschusses zur privaten Pflegevorsorge, sind sich die Experten nicht einig. Der vdek hatte stattdessen stets den Aufbau einer Demografiereserve in der gesetzlichen Pflegeversicherung gefordert. ■

Gute Bilanz nach einem Jahr Arztlotsen

FOTO: vdek



DER VDEK-ARZTLOTSE ist seit einem Jahr online.

Ein Jahr nach seiner Einführung ist der vdek-Arztlotse gut angenommen. Das hat eine Auswertung ergeben. Es zeigt sich: Neben der guten medizinischen Behandlung sind vor allem auch Zeitmanagement der Praxis und Einfühlungsvermögen wichtig.

Seit dem Start haben 9.500 Patienten ihre Ärzte nach dem Schulnotensystem bewertet. Etwa 87 Prozent nutzten darüber hinaus auch das Freitextfeld, um ihre Bewertung zu begründen. Das am häufigsten kommentierte Thema ist die Wartezeit in der Arztpraxis, gefolgt von den Rubriken „Personal“ und „Arzt“. Nutzer lobten beispielsweise kurze Wartezeiten, freundliches Personal und einen engagierten Arzt. An anderen Stellen aber ist auch von schwieriger Terminvergabe und langen Wartezeiten zu lesen. Auffällig ist auch die hohe Zahl an Bewertungen zu den Stichworten „Kinder“, „Frauen“, „Zahnarzt“ und „Angst“. Hier ging es vor allem um die Kompetenz und das Einfühlungsvermögen des Arztes und Praxisteams. Im Durchschnitt geben die Patienten ihren Ärzten gute Noten: So verteilen in der Gesamtbewertung rund 70 Prozent die Note 1 oder 2, etwa zwölf Prozent die Note 5 oder 6. Das Internet-Portal www.vdek-arztlotse.de bietet mit 240.000 Adressen ein flächendeckendes Ärzterverzeichnis samt Empfehlungen und Details zur Praxis.

„Bei unserem Hebammenkreißsaal ist es wie bei einer Hausgeburt, aber wir Ärzte sind zur Sicherheit in der Nähe“

vdek Es gibt seit neun Jahren einen hebammengeleiteten Kreißsaal im Klinikum Reinkenheide. Wie sind dort die Erfahrungen in Bezug auf Kaiserschnitte?

Prof. Dr. Friedmann Im „Hebammenkreißsaal“ selbst werden gar keine Kaiserschnitte vorgenommen, dort ist nur die Hebamme anwesend. Etwa zehn Prozent aller Frauen, die zu uns kommen, wollen dort gebären. Die Hebammen beurteilen meist selbstständig, ob irgendwelche Ausschlusskriterien vorliegen, zum Beispiel wenn das Kind zu groß ist. Aber manchmal gibt es Fälle, in denen eine Geburt im Hebammenkreißsaal beginnt und dann doch nicht dort zu Ende geführt werden kann, meistens weil Schmerzmittel gegeben werden müssen, seltener weil ein Kaiserschnitt nötig wird. Das ist wie eine Hausgeburt, nur dass wir Ärzte zur Sicherheit in der Nähe sind.

vdek Trotzdem ist die Kaiserschnitttrate im Bremer Landesvergleich eher im oberen Bereich. Warum?

Friedmann Da sind leider immer wieder verschiedene Zahlen im Umlauf. Nach meiner Kenntnis liegen wir mit einer Kaiserschnitttrate von etwa 34 Prozent nur zwei Prozent höher als das St. Joseph-Hospital, obwohl wir Risikogeburten haben. Zu uns kommen alle Frühchen, Mütter mit Diabetes oder Bluthochdruck, das werden häufiger Kaiserschnitte. Allerdings gibt es immer wieder auch die Frauen, die absolut ausschließen wollen, einen Schaden durch die vaginale Geburt davon zu tragen. Eine Wunsch-Septio ging früher gar nicht, das hat sich heute geändert. Ich versuche immer davon abzuraten, aber wenn ich ablehne, eine

PROF. DR. WOLFGANG FRIEDMANN, Chefarzt der Frauenklinik am Klinikum Reinkenheide, Bremerhaven



FOTO: arifinal

Section ohne Indikation durchzuführen, droht mir in Einzelfällen eine juristische Auseinandersetzung.

vdek Was tut Ihre Klinik, um die Kaiserschnitttrate zu senken?

Friedmann Es ist schwierig, weil es durch die heutigen Lebensumstände eine Tendenz zu immer übergewichtigeren Frauen gibt, deren Kinder oft auch sehr schwer sind. Das kann man aber vor der Geburt schlecht schätzen. Wir müssen über das Risiko aufklären, wenn ein zu schweres Kind bei der Geburt steckenbleibt. Damit verunsichern wir aber leider auch, und viele Frauen möchten dann lieber eine Section. Außerdem ist es schwer bei unterschiedlichen Meinungen gegen die Ratschläge von niedergelassenen Gynäkologen anzureden. Wenn die Frauen zu uns kommen, haben sie bereits eine bestimmte Meinung. Auch die künstliche Geburtseinleitung sollte überlegt werden, da sie häufiger zu Sectios führt. Immerhin gilt der frühere Grundsatz „Einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt“ nicht mehr. Und wir in Reinkenheide ermöglichen zudem in vielen Fällen die Spontangeburt bei Beckenendlage. Es ist zu bedauern, wenn die jungen Geburtshelfer die Begleitung von komplizierteren vaginalen Geburten nicht mehr beherrschen.

Ungute Tendenz zu immer mehr Kaiserschnitten

Jede dritte Geburt in Deutschland ist mittlerweile ein Kaiserschnitt, trotz insgesamt rückläufiger Geburtszahlen. Diese Zahl veröffentlichte das Statistische Bundesamt im Oktober 2012. Auch in Bremen liegt die Sectio-Rate derzeit mit 32,2 Prozent ähnlich hoch.

Text: Birgit Tillmann

Im Land Bremen waren es 1990 noch 12 Prozent, im Jahr 2005 dann 25 Prozent. Allerdings sind auch große Unterschiede zwischen den Bremer Kliniken zu verzeichnen: zwischen 24,2 Prozent im Klinikum Bremen-Nord und 39,7 Prozent im Klinikum Bremen-Mitte (2011).

Im Vergleich zu Brasilien oder China, wo fast jede zweite Geburt ein Kaiserschnitt ist, liegt Deutschland noch im guten Bereich. Eine Sectio sollte jedoch keine Normalität sein. Einerseits ist die OP für die Mutter nicht ungefährlich. Andererseits sind per Kaiserschnitt geborene Kinder anfälliger für Diabetes, Allergien und andere Autoimmunerkrankungen. Grund genug für den vdek Bremen, gemeinsam mit Ärzten, Hebammen, Politik und Behörden zu überlegen, wie dieser Zustand verändert werden kann.

Ohne Frage ist ein Kaiserschnitt ein Segen, wenn das Leben von Mutter und Kind durch Komplikationen bedroht ist. Doch die enorme Steigerung der Sectio-Rate in Deutschland in den vergangenen zwei Jahrzehnten hat laut Experten nicht zu einer weiteren Senkung der Sterblichkeitsrate geführt. Wird hierzulande zu schnell zur Sectio geraten?

Im Schnitt sind werdende Mütter heute älter als früher, damit steigt das Risiko für Komplikationen. Außerdem sind die Babys oft schwerer und die Anzahl der Früh- und Mehrlingsgeburten nimmt zu. Doch dies erklärt nicht die gravierenden regionalen Unterschiede: In Sachsen kamen vor zwei Jahren 23 Prozent aller Kinder per

Schnittgeburt, im Saarland 35,7 Prozent. Die Bertelsmann-Stiftung hat nun in Zusammenarbeit mit der BARMER GEK untersucht, wodurch diese Unterschiede zustande kommen.

Vermutungen, nach denen eine bessere Vergütung als bei vaginalen Geburten zu einer höheren Sectio-Rate in den Kliniken führt, konnten demnach nicht eindeutig bestätigt werden. Aber es zeigte sich, dass in kleineren Stationen mit Belegärzten öfter geschnitten wurde, damit die Geburten besser in den Arbeitsalltag passen. Doch nur ein kleiner Teil der regionalen Unterschiede ließ sich dadurch erklären.

Allerdings werden so genannte „relative Indikationen“ für einen Kaiserschnitt, wie Beckenendlage oder ein vorheriger Kaiserschnitt, jeweils sehr verschieden beurteilt. Begründung: haftungsrechtliche Entwicklungen und Veränderungen in der Klinikorganisation. Aber auch verloren gegangenes altes Wissen der Geburtshelfer bei der Betreuung von komplizierten Spontangeburt spielt eine große Rolle, berichtet Valerie Stabel, Vorsitzende des Bremer Hebammenverbandes. Auch die Aus- und Weiterbildung der Ärzte in der Geburtshilfe müsse verändert werden, weg von der Risikobetonung hin zu mehr Vertrauen und Geduld.

Das wünscht sich auch die Frauenärztin Dr. Elisabeth Holthaus-Hesse. Sie möchte den werdenden Müttern mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Natürlichkeit der Geburt vermitteln. Hinter einem „Wunsch“-Kaiserschnitt stünden

oft massive Ängste. Der Berufsverband der Bremer Frauenärzte hat bereits vor Jahren vor dieser Entwicklung gewarnt. Doch seitdem ist die durchschnittliche Bremer Sectio-Rate noch gestiegen.

Die Politik hat das Problem erkannt und den Senat beauftragt, alle beteiligten Seiten an einen Tisch zu holen. In einem Bremer Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt soll überlegt werden, was



FOTO: Techniker Krankenkasse

JEDES DRITTE BABY IN BREMEN kommt per Kaiserschnitt zur Welt.

getan werden kann, um die alarmierende Tendenz zu stoppen. Auch die Bremer Landesvertretung des vdek beteiligt sich an dieser Runde: „Die möglichen gesundheitlichen Folgen eines Kaiserschnittes stehen bei der überwiegenden Zahl der Geburten in keinem Zusammenhang zu dem Nutzen“, so Leiter Karl Nagel, „wir Ersatzkassen nehmen die Verantwortung für unsere Versicherten da sehr ernst.“ ■

Frühe Hilfe aus einer Hand für besondere Kinder

Manche Kinder brauchen etwas mehr Unterstützung beim „Großwerden“ als andere. Sei es, dass sie mit einer Behinderung geboren wurden, oder von einer Behinderung bedroht sind – heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Hilfen können sie auf ihrem Weg begleiten.

Text: Birgit Tillmann

FOTO: ddp - Fotolia.com



IN BREMEN gibt es ab sofort Frühförderung als Komplexleistung

Bislang mussten sich Eltern diese Hilfen selbst zusammensuchen. Doch seit Ende 2012 gibt es in Bremen die Möglichkeit, Frühförderung für Kinder im vorschulpflichtigen Alter als so genannte Komplexleistung zu erhalten.

Dafür haben die gesetzlichen Krankenkassenverbände und die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen sowie der Magistrat Bremerhaven die Bremische Landesrahmenempfehlung (Brem-FrühE) vereinbart, die im Sommer 2012 in Kraft getreten ist. Damit wird hier die vom Bundesgesetzgeber eingeführte Frühförderungsverordnung (FrühV) mit Leben erfüllt. Ziel ist es, Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern von 0 bis 6 Jahren aus einer Hand anzubieten. Während das System in Bremen jetzt etabliert wird, sind in

Bremerhaven die Vorbereitungen so weit gediehen, dass mit einem Start im Laufe des Jahre 2013 zu rechnen ist.

Wenn ein Kinderarzt seinem kleinen Patienten sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen empfiehlt, kann er nun in der Stadt Bremen ins Kinderzentrum am Sozialpädiatrischen Institut des Klinikum Bremen-Mitte zur Diagnostik verweisen. Dort begutachtet ein multiprofessionelles Team das Kind und empfiehlt im Bedarfsfall eine Frühförderstelle.

Die Eltern stellen dann einen Antrag auf Komplexleistung bei der Steuerungsstelle Frühförderung bei der Sozialsenatorin. Die Krankenkassen überprüfen, ob eine Mitgliedschaft vorliegt, und übernehmen dann alle medizinisch-therapeutisch notwendigen Maßnahmen. Die heilpädagogischen Kosten werden vom Sozialhilfeträger gezahlt. Anschließend geht das Kind in eine von derzeit zwei zugelassenen Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) in Bremen, weitere starten in Kürze. Hier wird das Kind gemäß eines individuell ausgearbeiteten Förder- und Behandlungsplanes von verschiedenen Therapeuten gefördert. Damit erhält das Kind alle nötigen Therapien an einem einzigen Ort von einem festen Team, das alle Aspekte der Entwicklung gemeinsam im Blick hat.

Wer dies nicht möchte, kann weiterhin sein Kind von einzelnen, selbst ausgesuchten Therapeuten behandeln lassen. Das System der Komplexleistung ist ein Angebot, aber keine Verpflichtung. ■

Prävention bedarfsorientiert weiterentwickeln

Nach langjähriger Debatte hat sich die Bundesregierung jetzt auf Eckpunkte für die angekündigte Präventionsstrategie geeinigt. Danach sollen die Krankenkassen die vereinbarten Ziele (siehe www.gesundheitsziele.de) künftig verbindlich umsetzen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll als Koordinierungs- und Clearingstelle dienen. Zur Finanzierung der Präventionsleistungen sollen die Krankenkassen sechs Euro pro Versicherten zahlen, mindestens zwei Euro davon für betriebliche Gesundheitsförderung. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich in den letzten Jahren zum maßgeblichen Player in der Prävention entwickelt. „Diese Player-Rolle nehmen die Ersatzkassen gerne und verantwortungsvoll wahr“, betonte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. Mit ihren Angeboten für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung erreicht die GKV jährlich fünf Millionen Menschen. Dafür gab sie im Jahr 2011 rund 270 Millionen Euro aus. „Jetzt muss es darum gehen, Prävention bedarfsorientiert weiterzuentwickeln und Finanzmittel nicht nach dem Gießkannenprinzip zu verteilen“, so Elsner. Um den Zugang zu erleichtern, haben die Ersatzkassen Vereinbarungen z.B. mit Volkshochschulen oder Landessportbünden geschlossen. Wenig geeignet sei der Vorschlag, dass Ärzte diese Kurse verschreiben müssen, betonte Elsner. „Das würde Prävention unnötig verteuern und kranke Versicherte ins Zentrum rücken. Die Angebote richten sich primär aber an gesunde Versicherte.“ Wichtig sei auch, dass die Kassen ihre Angebote weiterhin eigenverantwortlich und flexibel gestalten könnten, „um die Versicherten in ihren Lebenswelten abzuholen.“

Selbsthilfeförderung neu geregelt

Nicht nur Mediziner helfen bei Krankheiten. Manchmal tut es einfach gut, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben mit dieser Erkrankung. Weil die Krankenkassen die Bedeutung dieser Selbsthilfe erkannt haben, fördern sie seit Jahren gesundheitliche Selbsthilfegruppen.

So haben die Krankenkassen im Land Bremen im Jahr 2012 allein rund 333.000 Euro für diesen Zweck ausgegeben, Tendenz steigend. Jetzt wird die Förderung der Bremer Kassen intern neu organisiert. Für die Selbsthilfegruppen selbst ändert sich dadurch wenig.

Die Hälfte der Gesamtsumme ist laut Gesetz vorgesehen für die so genannte kassenübergreifende Pauschalförderung, bei der alle Krankenkassen zusammen über die Bewilligung entscheiden. Die andere Hälfte fließt in die Förderung besonderer Projekte, über die die einzelnen Kassen individuell entscheiden. In Bremen ist es allerdings mittlerweile gute Praxis, dass sich für größere Projekte mehrere Kassen abstimmen und gemeinsam fördern. Diese sinnvolle Zusammenarbeit zugunsten der Selbsthilfegruppen soll in Zukunft noch verbessert werden: Ab 2013 werden alle Selbsthilfegruppen nach einem bestimmten Schlüssel den Kassen AOK Bremen/Bremerhaven, hkk, DAK, BARMER GEK und TK sowie dem vdek zugeordnet. Hier werden sowohl Pauschal- als auch Projektanträge in einer Hand bearbeitet und zur Entscheidung vorbereitet. Die anderen gesetzlichen Kassen und Kassenverbände beteiligen sich, indem sie zum Beispiel interne Verwaltungsaufgaben übernehmen und in den gemeinsamen Topf einzahlen. Alle Kassen sind in zwei jährlichen Förderrunden in den Entscheidungsprozess eingebunden.

Die Gruppen können ihre Anträge wie bisher an eine Kasse ihrer Wahl schicken, die Weiterleitung erfolgt intern. Die zuständige Kasse setzt sich dann mit der jeweiligen Selbsthilfegruppe in Verbindung und berät sie bei offenen Fragen. Auch die Fristen für die kassenübergreifende Pauschalförderung für Sachkosten oder Fortbildungen haben sich nicht geändert: Bis zum 15. Februar müssen Anträge vorliegen für die 1. Förderrunde des Jahres, bis zum 15. September für die 2. Runde. Anträge für die Projektförderung, z.B. für Flyer oder besondere Veranstaltungen einer Selbsthilfegruppe, können das ganze Jahr über eingereicht werden. Zum Förderjahr 2014 wird sich der Leitfaden für die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen ändern und damit auch die Formulare. Bis dahin gelten jedoch die aktuellen Antragsformulare, die bei den Kassen in Bremen und Bremerhaven, den Kontaktstellen Netzwerk Selbsthilfe und Bremerhavener Topf sowie den Gesundheitsämtern vorliegen. Download-Link: www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Selbsthilfe/index.htm.

Krebsregistergesetz im Bundestag

Der vdek begrüßt das im Bundestag beratene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG). „Die Bundesregierung leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität und der Transparenz der onkologischen Versorgung.“ Das erklärte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Der vdek betont jedoch die Notwendigkeit einer gemeinsamen bundesweiten Datenannahmestelle. Außerdem muss die Meldepflicht für Ärzte gesetzlich verankert werden. Die Deutsche Krebshilfe übernimmt 7,1 Millionen Euro an Anfangsinvestitionen.

Unnötige Operationen

87 Prozent aller Rücken-Operationen sind unnötig. Das hat die Techniker Krankenkasse anhand eigener Auswertungen ermittelt. Insgesamt sei die Zahl der Rücken-OPs bei TK-Versicherten zwischen 2006 und 2011 um 25 Prozent gestiegen. Damit bestätigt die Ersatzkasse eine Untersuchung des AOK-Krankenhausreports. Danach stieg vor allem die Zahl der für Krankenhäuser lukrativen Operationen.

Teure Krankenhausaufenthalte

Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist in Deutschland so teuer wie nie zuvor. Die Kosten für eine stationäre Behandlung stiegen im vergangenen Jahr um 2,5 Prozent auf nunmehr durchschnittlich 3960 Euro. Das teilte das Statistische Bundesamt auf Basis vorläufiger Ergebnisse mit. Die Kosten variieren allerdings stark zwischen den Bundesländern. Sie werden vom Versorgungsangebot sowie der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen beeinflusst. Der Großteil der Kosten wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Leitlinie zur Diagnostik alkohol-geschädigter Säuglinge

Das Bundesgesundheitsministerium hat eine neue Leitlinie zur Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) vorgestellt. Diese schafft die Voraussetzung für eine frühzeitige Diagnose. FAS entsteht durch eine Gehirnschädigung des Kindes, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert. Ein verringertes Wachstum und Veränderungen des zentralen Nervensystems sowie Entwicklungsstörungen können die Folgen sein. FAS ist nicht heilbar, die Folgen können aber durch frühzeitige Behandlung abgemildert werden.

BÜCHER

Gesundheit im Alter

Der Versorgungsreport 2012 beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven und untersucht, was für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung im Alter notwendig sind. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie deren Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen. Statistikeil mit nützlichen Daten, zahlreiche Materialien im Internet-Portal zum Herunterladen. Ein umfangreicher Überblick über das brisante Thema Demografie und Gesundheit.



Günster, Klose, Schmacke (Hsg.)
Versorgungsreport 2012 –
Schwerpunkt: Gesundheit im
Alter
2012, 415 S.,
€ 49,95, Schattauer GmbH,
Verlag für Medizin und Natur-
wissenschaften, Stuttgart

Hilfe für Pflegebedürftige

Die Broschüre informiert zum Thema Pflegebedürftigkeit. Wie kann man sich möglichst lange selbst versorgen? Was ist möglich, wenn man etwa nach einem Sturz oder Schlaganfall nicht mehr so viel kann wie vorher? Wenn man fremde Hilfe braucht – wie kann man dennoch eigenständig bleiben und seine Würde behalten? Wie schafft man es, als Pflegebedürftiger seine Angehörigen nicht zu sehr zu belasten? Was kostet die Pflege und wie kann sie finanziert werden? Der Ratgeber zeigt auf, was alles zur Pflege gehört und wo sie geleistet wird – zu Hause oder in einer Einrichtung.



Müller, Hesse und Wenzel
Pflegebedürftig – Was tun?
Ein Ratgeber für pflegebe-
dürftige Menschen und ihre
Angehörigen
2011, 64 S., € 4,40
Verlag C. H. Beck, München

MELDUNG

Keim-Ausschuss legt Bericht vor

Über ein Jahr lang tagte der Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“, nun liegt der Abschlussbericht vor. Auf mehr als 600 Seiten haben die Abgeordneten versucht zu ergründen, wie es zu dem Keimausbruch auf der Frühchen-Station am Klinikum Bremen-Mitte kam und wie eine Wiederholung verhindert werden kann. Eine eindeutige Ursache lässt sich nicht feststellen. Vielmehr kritisiert der Ausschuss eine Reihe von Mängeln, die die Verbreitung des Keimes ermöglicht haben. U.a. seien Hygienevorschriften und Personalschlüssel nicht eingehalten worden, die Reinigung der Station und das Ausbruchmanagement mangelhaft gewesen. Strukturelle Probleme bei Gesundheitsamt und senatorischer Behörde hätten den Ausbruch gefördert. Auf verschiedene Defizite wurde inzwischen reagiert, weitere Verbesserungen werden vom Ausschuss empfohlen.

MELDUNG

Frohes neues Jahr!



FOTO: Stefan Nidas – Fotolia.com

Wir wünschen allen unseren Leserinnen und Lesern ein gutes, erfolgreiches und gesundes Jahr 2013.
Ihre vdek-Landesvertretung Bremen

MELDUNG

Pflege für Frauen kostet mehr



FOTO: Barmar GEK

FÜR MÄNNER ist die Pflege oft günstiger.

Die Pflege von Frauen kostet deutlich mehr als die von Männern. Zahlen hierzu hat der Pflegereport der BARMER GEK jetzt veröffentlicht. Erstmals wurden Angaben der Pflegeversicherung und die privaten Kosten geschlechtsspezifisch ermittelt. Danach fallen für Frauen fast 84.000 Euro an, während bei Männern die Pflege Durchschnittskosten von 42.000 Euro verursacht. Vor allem die privaten Anteile der Pflegekosten sind je nach Geschlecht unterschiedlich hoch. Frauen mit einem längeren Heimaufenthalt müssen 45.000 Euro zuzahlen, während Männer 21.000 Euro Eigenanteil leisten müssen. Für die Berechnung hatte Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Bremer Zentrum für Sozialpolitik die Kosten für 2000 Versicherte ab 60 Jahren analysiert, die erstmals vor 12 Jahren pflegebedürftig geworden waren.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Birgit Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061