

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **KRANKENHAUS** Mehr Personal für Perinatalzentren | **KINDER-SAPV** Netzwerk für die Familie  
**ZAHNARZT** Auch im Heim gut gepflegt

## BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2015

### BESUCH BEIM VDEK

## Ersatzkassen treffen Senatorin für Gesundheit



FOTO: vdek

ZU BESUCH: Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, vdek-Leiterin Kathrin Herbst und LA-Vorsitzender Dr. Christoph Vauth (v.l.)

Eva Quante-Brandt, die Senatorin für Wissenschaft und Gesundheit, ist seit Mai im Amt. Nach den ersten 100 Tagen luden die Mitglieder des Bremer Landesausschusses der Ersatzkassen sie jüngst zu einem Austausch über ihre geplanten Vorhaben im Gesundheitsbereich ein.

Die Sicherung von Fachkräften in den Gesundheitsberufen, Krankenhausplanung, Umlandversorgung und der Zukunftsplan der kommunalen Kliniken waren einige der Themen, die am 13. November lebhaft diskutiert wurden. In Hinblick auf den Zukunftsplan der Kliniken wiesen die Ersatzkassen darauf hin, dass es in Bremen zwischen 1990 und 2015 so gut wie keine Leistungskonzentrationen gegeben habe – ein Versäumnis, da sich Konzentrationen nachweislich positiv auf die Qualität der Versorgung in Bremen auswirken würden.

### POLITIK

## Ausbau der Prävention nimmt an Fahrt auf

Nach zehn Jahren und vier Anläufen ist im Juni das Präventionsgesetz verabschiedet worden. Jetzt kommt es darauf an, es mit Leben zu füllen. Die Ersatzkassen werden ihr Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung in Bremen weiter ausbauen.

Im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (kurz PräVG) werden vor allem die gesetzlichen Krankenkassen in Kooperation mit der Unfall- und der Rentenversicherung in die Pflicht genommen, ihren Versicherten aufeinander abgestimmte Präventionsmaßnahmen anzubieten. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei nicht so sehr auf den individuellen Präventionskursen, die nach wie vor von den Kassen angeboten werden. Es geht um die Förderung von Gesundheit in Lebenswelten, wie Kommunen, Schulen und Pflegeheimen, sowie Betrieben.

Dafür wird ab 2016 viel Geld von den Kranken- und Pflegeversicherungen zur Verfügung gestellt: Waren es bisher 3,17 Euro pro Versicherten, werden es dann 7,30 Euro sein. Bei rund 53 Millionen gesetzlich Krankenversicherten werden die bundesweiten Ausgaben auf knapp 400 Millionen Euro im Jahr wachsen. Damit könnten in Bremen für alle Präventionsleistungen jährlich gut 4 Millionen Euro zur Verfügung stehen.

Allerdings ist im PräVG die Mitfinanzierung durch Bundesländer, Kommunen

oder private Krankenversicherung nicht verbindlich festgelegt, obwohl die Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Aus Sicht der Ersatzkassen ist dies sehr kritisch zu sehen, vor allem in Anbetracht der ohnehin sinkenden Beteiligung von Kommunen und Ländern.

### Enger Zeitplan

„Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ sind die drei Hauptgesundheitsziele, die mit dem PräVG festgehalten wurden. Besonders im Fokus stehen sollen sozial benachteiligte Personen mit oft schlechtem Gesundheitszustand.

Im engen Zeitplan steht zunächst die Entwicklung einer Bundesrahmempfehlung (BRE) an. Diese wurde auf einer Nationalen Präventionskonferenz Ende Oktober thematisiert. Im Februar 2016 soll die BRE verabschiedet sein. Dann können die einzelnen Landesrahmvereinbarungen (LRV) abgeschlossen werden. Hinter den Kulissen werden auch in Bremen schon Vorbereitungen dafür getroffen.



KOMMENTAR

# Prävention geht alle an



von  
KATHRIN HERBST  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Bremen

FOTO: vdek

Prävention und Gesundheitsschutz sind wichtig – das wissen die Ersatzkassen schon lange und engagieren sich entsprechend: Ob Bewegungskurse, betriebliche Gesundheitsförderung, Zahnarztbesuche in Kitas oder gesündere Verhältnisse in verschiedenen Lebensverhältnissen. In vielen Bereichen bezuschussen die Kassen bereits heute gesundheitsbewusstes Verhalten. Dass das Präventionsgesetz nun im vierten Anlauf vom Bundestag verabschiedet wurde, ist ein wichtiges Signal in die richtige Richtung. Es ist im Vorfeld immer wieder die Rede davon gewesen, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind. Leider bestätigt sich nun die Befürchtung, dass sich dieses Verständnis bei der Politik in Bund und Ländern in der Teilnahme an Konferenzen, Runden Tischen und Präventionsforen erschöpft und keine Finanzierungsbeteiligung beinhaltet. Warum wurde kein konkreter finanzieller Beitrag von Bund, Ländern, Kommunen oder auch den privaten Krankenversicherungen, Unfall- und Rentenversicherungen festgeschrieben? Stattdessen sind weiterhin nur die Gesetzlichen Krankenversicherungen und somit deren Beitragszahler die Zahlmeister. Das hinterlässt einen faden Beigeschmack. Echte gesamtgesellschaftliche Verantwortung sieht anders aus.



Die LRV legt fest, auf welche Ziele sich die beteiligten Kassen in Bremen konzentrieren werden, welche Kooperationen mit Institutionen und Einrichtungen sinnvoll sind und wie eine finanzielle Beteiligung aller Seiten gerecht aussehen kann. Dafür treffen sich Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen und sozialen Pflegeversicherungen mit Renten- und Unfallversicherung, senatorischen Gesundheitsbehörde sowie weiteren Akteuren der Präventionslandschaft. Auf der Grundlage der LRV werden Kooperationen geknüpft, um verschiedene Projekte in den Lebenswelten zu realisieren.

## Prävention am Arbeitsplatz

Neben der Prävention in Lebenswelten ist auch die betriebliche Gesundheitsförderung ein Teil der nationalen Präventionsstrategie. Vor allem für kleinere und mittlere Betriebe soll eine Koordinierungsstelle der Krankenkassen in Sachen Arbeitsschutz und Vorsorge beraten. Für eine bessere Verknüpfung von Angebot und Nachfrage könnte ein Internet-Portal über die regionalen Ansprechpartner sorgen.

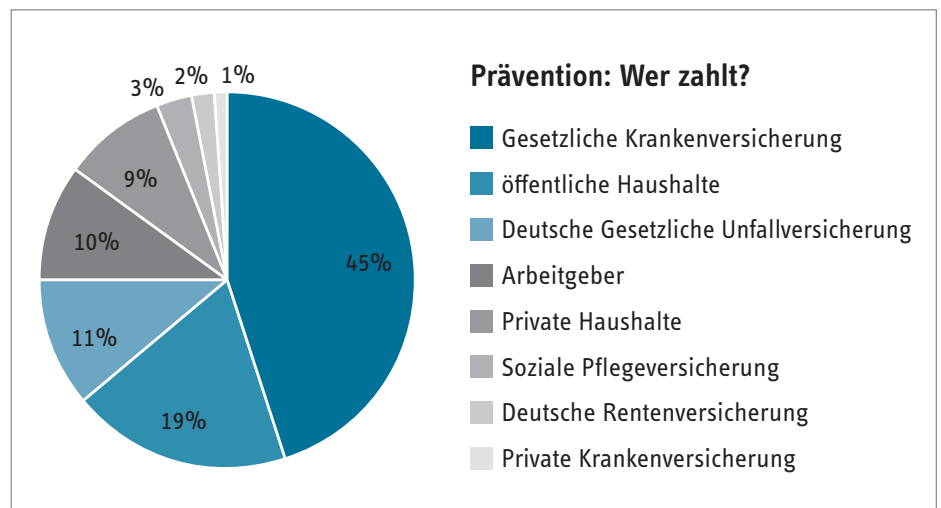
Zudem wurden mit dem PräVG auch die Regelungen zum Impfschutz erweitert. Danach müssen Eltern, die ihre Kinder in die Kita schicken, nachweisen, dass sie sich zum Impfschutz ärztlich beraten ließen.

Kinder ohne Impfschutz können bei einem Ausbruch von Masern zeitweise vom Besuch der Kita ausgeschlossen werden.

Auch die Selbsthilfe als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung wurde im PräVG berücksichtigt. Die Leistungen der Krankenkassen steigen von derzeit 64 Cent pro Versicherten auf 1,05 Euro. Damit erhöhen sich die Mittel für die Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie die Kontaktstellen in Bremen und Bremerhaven im kommenden Jahr von 365.000 Euro auf gut 600.000 Euro.

## »Ersatzkassen nehmen Verantwortung für Gesundheitsförderung ernst.«

In den kommenden Monaten wird sich in Sachen Prävention viel tun. Alles in allem ist der Umsetzungsfahrplan sehr ehrgeizig. Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Bremen, betont: „Wenn auf Bundesebene die entsprechenden Vereinbarungen getroffen sind, werden wir zügig auch in Bremen die Bedingungen für die Mittelvergabe an geeignete Präventionsmaßnahmen schaffen und so der Verantwortung der Ersatzkassen für die Gesundheitsförderung gerecht werden.“



KOSTEN FÜR PRÄVENTION: Die Anteile der Kostenträger an den Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz 2013. Die Gesamtausgaben dafür betragen 10,9 Milliarden Euro und damit 3,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben.

# Mehr Geld für die Versorgung von Frühchen

In Deutschland werden jährlich etwa 60.000 Kinder vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren, 10.000 sogar vor der 30. Um diese zu früh oder krank geborenen Babys wird sich zukünftig mehr Personal kümmern.

**D**er Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat eine Richtlinie erlassen, nach der ab 2017 in Krankenhäusern mit Neugeborenen-Intensivstation (Perinatalzentren) eine Pflegekraft pro Frühchen eingesetzt wird. Müssen die Kinder lediglich rund um die Uhr auf der Intensivstation überwacht werden, soll eine Pflegekraft höchstens zwei Kinder betreuen. Allein in Bremen werden dadurch 80 bis 100 Kräfte mehr eingestellt, wofür die Krankenkassen 14 bis 21 Millionen Euro zusätzlich zahlen.

Ursprünglich wollte der GBA eine Mindestanzahl der durch ein Klinikum versorgten Frühchen einführen, um die sogenannte „Gelegenheitsversorgung“ zu unterbinden und vermeidbare Folgeschäden zu verhindern. Das Bundessozialgericht hat die Forderung von mindestens 30 Frühgeborenen jedoch gekippt und auf 14 festgelegt. Daraufhin hat der GBA die Anforderungen an die personelle Ausstattung der Perinatalzentren erhöht – eine Vorgabe, die bis 2017 zu erfüllen ist, was nicht jede Klinik leisten kann.

## „Frühgeburten sind planbar“

90 Prozent aller Geburten verlaufen, ohne dass ein perinatales Eingreifen notwendig ist. Bei den zehn Prozent, wo dies nicht zu erwarten ist, sollte die Schwangere zur optimalen Versorgung frühzeitig in eine Klinik verwiesen werden, die den möglichen Komplikationen gewachsen ist. Zudem wird so eine Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt vermieden und der Transport von Neugeborenen in eine Klinik mit

Neugeborenen-Intensivversorgung beschränkt sich nur noch auf nicht vorhersehbare Notfälle.

Laut Aussage des GBA kündigt sich eine Frühgeburt zehn bis zwölf Stunden zuvor an und sei daher planbar. Klare Zuweisungskriterien sollen helfen, die Schwangere in eine Klinik mit adäquatem Versorgungslevel überzuleiten. Dazu hat der GBA klare Anforderungen an die unterschiedlichen Level der Versorgung gestellt:

### Geburtskliniken

In einfachen Geburtskliniken sollen nur Schwangere ab der 36. Schwangerschaftswoche und ohne zu erwartende Komplikationen entbunden werden. Dies sind in Bremen das St. Joseph-Stift und das DIAKO.

### Perinataler Schwerpunkt

Das sind Krankenhäuser mit Geburtsklinik und angeschlossener Kinderklinik, die plötzlich auftretende, unerwartete Notfälle versorgen können. Grundsätzlich sollen in diesen Krankenhäusern nur Neugeborene ab der 32. Schwangerschaftswoche entbunden werden. Eine Klinik mit perinatalem Schwerpunkt gibt es in Bremen nicht. Die Geburtskliniken mit angeschlossener Kinderklinik sind über diesen Versorgungsgrad hinausgehende Krankenhäuser mit sogenannter „Level-Versorgung“.

### Level II

Diese Geburtskliniken verfügen über eine Neugeborenen-Intensivstation mit mindestens vier Plätzen und strengen Auflagen für Personal und Ausstattung. Hier sollen Frühgeborene ab der 29. Schwangerschaftswoche und/oder einem Gewicht von mindestens 1250 g entbunden und versorgt werden sowie Geburten mit schweren Erkrankungen der Mutter während der

Schwangerschaft. In Bremen leistet dies das Klinikum Bremen-Nord und in Bremerhaven das Klinikum Reinkenheide.

### Level I

Die Geburtsklinik verfügt über eine Neugeborenen-Intensivstation mit mindestens sechs Plätzen und besonders strengen Auflagen für Personal und Ausstattung. Hier sollen extrem Frühgeborene vor der 29. Schwangerschaftswoche und/oder einem Gewicht von weniger als 1250 g entbunden und versorgt werden und auch Neugeborene mit vorgeburtlich diagnostizierten Erkrankungen und Fehlbildungen, die eine sofortige Notfallbehandlung benötigen. In Bremen hält das Klinikum Links der Weser die Level I-Versorgung vor.

## Die Struktur muss stimmen

Ursprünglich hatte Bremen am Klinikum Mitte ein zweites Geburtshilfe-Klinikum mit Level I-Versorgung. Dies wurde aber 2012 in der Folge des Keim-Skandals (drei Frühchen starben 2011 aufgrund resistenter Darmkeime) geschlossen. Daraufhin wurde das Klinikum Bremen-Nord als Level II-Versorger anerkannt, um das Klinikum Links der Weser zu entlasten. Weil diese Maßnahme nicht ausreichte, um sicherzustellen, dass alle Notfälle aufgenommen werden können, hat die Senatorin für Gesundheit die Kapazität von 12 auf 16 Intensivplätze in diesem Klinikum aufgestockt. Sollten weiterhin Engpässe entstehen, muss die Perinatalversorgung in Bremen auf den Prüfstand. Dies werden die Ersatzkassen in Bremen aufmerksam beobachten und konstruktiv begleiten. ■

# „Wenn nichts mehr zu tun ist, gibt es noch viel zu tun!“

Um unheilbar kranke Kinder besser zu versorgen, hält die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche 24 Stunden ein multidisziplinäres Team bereit, das vor Ort hilft.

**M**it schwerer Krankheit, oder sogar dem Sterben von Kindern möchte man sich am liebsten nicht beschäftigen – unvorstellbar das Leid der Kinder und deren Angehörige, besonders der Eltern. Aber es gibt sie, die Krankheiten oder Gendefekte, durch die die Lebenszeit der Kinder begrenzt ist. Während bei Erwachsenen onkologische Grunderkrankungen im Vordergrund stehen, leiden die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufiger an genetischen Erkrankungen, an Stoffwechselleiden, Hirnfehlbildungen oder Muskelerkrankungen. Es sterben jährlich bundesweit etwa 5.000 Kinder an solchen unheilbaren Krankheiten.

### Ausrichtung auf Kinder und Jugendliche

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ – dies steht gleich zu Beginn einer Arbeitshilfe, mit der vor Ort die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche geregelt werden soll.

Bei der Palliativversorgung von Erwachsenen und Kindern gibt es Unterschiede. Beispielsweise besteht bereits mit der Diagnosestellung einer lebensbegrenzenden

### »Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.«

Erkrankung für Kinder und Jugendliche ein Recht auf SAPV-Versorgung, da der Einsatz hier oft fortlaufend, mit stabileren Phasen, ist und sich nicht auf die letzten Lebenstage beschränkt.

### Netzwerk für die Familie

Für ein Kind und dessen nahe Menschen ist eine lebensbegrenzende Erkrankung auf allen Ebenen eine schwerste Belastung. Die Familie muss daher eine kontinuierliche und einfühlsame Palliativbetreuung beanspruchen können, die in ein professionelles Unterstützungsnetzwerk eingebunden ist. Das SAPV-Team versteht sich daher als Partner neben Kliniken, Ärzten, Pflegediensten, psychosozialen Diensten und anderen Hilfen.

Das Team, unter fachärztlicher Leitung einer berufserfahrenen Kinderärztin mit palliativmedizinischer Zusatzqualifikation,



FOTO: Gina Sminders – Fotolia.com

soll das Kind aktiv und umfassend versorgen – Körper, Seele und Geist gleichermaßen berücksichtigt. Dazu gehört auch, die Eltern und Geschwisterkinder einzubeziehen und zu betreuen. Eine weitere Aufgabe ist die Unterstützung der Familie bei der Nutzung zusätzlicher Hilfen, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen.

„Wenn nichts mehr zu tun ist, gibt es noch viel zu tun!“ – dieses Zitat der englischen Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders, Wegbereiterin der Hospizarbeit und Palliativmedizin, akzeptiert das Sterben als Teil des Lebens und das ist die Grundvoraussetzung, um diesen auch gestalten zu können.

Die SAPV für Kinder und Jugendliche gibt es in Bremen seit August dieses Jahres. Sie wird getragen durch eine Kooperation des Klinikum Bremen Mitte und des Klinikum Links der Weser sowie der Zentrale für Private Fürsorge. Finanziert wird sie durch die Krankenkassen. ■

## Pflegestärkungsgesetz II – Was ändert sich in der Praxis?

**D**as Pflegestärkungsgesetz II ist auf der parlamentarischen Zielgeraden und soll Anfang 2016 in Kraft treten. Es ist die umfassendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung.

Die für viele Betroffene wichtigste Änderung ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – eine langjährige Forderung des vdek. Bisher war für die Einordnung in Pflegestufe I, II oder III ausschlaggebend, wie hoch die Pflegebedürftigkeit durch körperliche Beeinträchtigung ist. Zwar konnte für Demenzerkrankte die Pflegestufe 0 beantragt werden, die Schwere wurde aber nicht berücksichtigt. Demenz ist nun vollständig in die Pflegeversicherung integriert, es gibt keine Unterscheidung mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen. Außerdem wird bei der Einstufung in einen der künftig fünf Pflegegrade der Fokus auf der verbliebenen Selbständigkeit liegen und geschaut, was benötigt wird, um diese möglichst zu erhalten. Dies wird bei der Begutachtung in sechs Bereichen gemessen:

- Mobilität
- Sprechen und Verstehen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbständigkeit beim Essen, Waschen und Anziehen
- Umgang mit Medikamenten oder Prothesen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Aus der Gesamtbewertung ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

Auf dieser Basis werden 2016 für alle Einrichtungen neue Pflegesätze vereinbart, damit das neue System ab 2017 starten kann. Für die Pflegekassen bedeutet dies einen erheblichen Aufwand. Allein in Bremen müssen mit rund 150 Pflegeeinrichtungen neue Pflegesätze vereinbart werden.

Bundesgesundheitsminister Gröhe rechnet damit, dass durch die neue Systematik etwa 500.000 Menschen erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Denn zur Berücksichtigung der Demenz kommt die Einstufung von Menschen in Pflegegrad 1, die noch keinen erheblichen Unterstützungsbedarf haben, aber z.B. eine altersgerechte Dusche oder Leistungen der allgemeinen Betreuung benötigen. Zur Finanzierung soll der Beitragssatz zur Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 um 0,2 Prozent auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose steigen.

Eine weitere Erleichterung für die Versicherten: Zukünftig soll der Eigenanteil für Heimbewohner einheitlich sein und nicht mehr mit dem Pflegegrad steigen. Versicherte, die bereits Leistungen einer Pflegestufe beziehen, müssen keinen neuen Antrag auf Begutachtung stellen – es erfolgt automatisch eine Überleitung in die neue Systematik.

### Grippeimpfstoff-Vertrag verlängert

Auch in der kommenden Grippesaison ist die ausreichende und wirtschaftliche Versorgung mit Impfstoff für Bremer Patienten sichergestellt. Die Bremer Krankenkassenverbände wollen nach den guten Erfahrungen in der vergangenen Impfsaison den Vertrag für die Impfstofflieferung ohne erneute Ausschreibung für eine weitere Saison verlängern. Damit kann der von der Ständigen Impfkommision (StIKo) empfohlene Zeitraum für Grippenschutzimpfungen eingehalten werden.

### Inkontinenzversorgung gesichert

Die Ersatzkassen haben bundesweit mit verschiedenen Anbietern von aufsaugenden Inkontinenzhilfen Rahmenverträge zur wirtschaftlichen und effizienten Versorgung geschlossen. Nun können Pflegeeinrichtungen diesen Verträgen beitreten. In Bremen beteiligen sich mehr als 40 Prozent der Einrichtungen, d.h. sie versorgen die Patienten eigenverantwortlich und rechnen selbst mit den Ersatzkassen ab. Weitere 32 Prozent haben einen Vertragspartner gewählt, der von den Ersatzkassen empfohlen wird und direkt abrechnet.

### Ambulante Hospizdienste gefördert

In diesem Jahr werden von den Krankenkassen im Land Bremen 508.000 Euro an neun ambulante Hospizdienste mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer vergeben – 18 Prozent mehr als im Vorjahr. Allein die Ersatzkassen unterstützen deren Arbeit mit 202.000 Euro. 2014 haben im Land Bremen 353 Helferinnen und Helfer mit Unterstützung durch die Kassen 334 schwer kranke Patienten und ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase zuhause betreut.

### Selbsthilfe-Förderung gestiegen

Die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen im Land Bremen ist auch im laufenden Jahr weiter gestiegen: So schütteten sie rund 365.000 Euro an rund 80 Selbsthilfegruppen, -organisationen und Kontaktstellen aus. Die Förderung erfolgte sowohl pauschal als auch projektbezogen. Im Jahr zuvor waren es mehr als 350.000 Euro. Durch das neue Präventionsgesetz wird die bisherige Leistung der Krankenkassen in diesem Bereich ab 2016 noch einmal deutlich erhöht, das Gesamtfördervolumen wird dann bei gut 600.000 Euro liegen.

# IGES-Studie: Qualität, Kreativität und Nutzen

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz sollen Innovationen ihren Weg besser in die Versorgungslandschaft finden und die Versorgungsforschung gefördert werden – 300 Millionen Euro zahlen die Kassen jährlich in den Innovationsfonds.

**M**ediziner, Pflegende und andere, die sich um die Versorgung kranker Menschen kümmern, stoßen in ihrem Alltag immer wieder auf strukturelle Probleme: Wichtige Informationen über Patienten bleiben unberücksichtigt, die Arzneimitteltherapie ist nicht abgestimmt, oder es fehlt ein wirkliches Konzept zum Behandlungsverlauf einer Erkrankung, an dem Kliniken, Ärzte, Apotheker, Reha-Einrichtungen und Kassen beteiligt sein müssten. Hier soll zukünftig der Innovationsfonds helfen, Projekte zur Verbesserung der Versorgung umzusetzen.

Ideen, wie die Versorgung besser, reibungsloser und effektiver gestaltet werden kann, entwickeln sich im Alltag, finden aber zu selten ihren Weg in ein strukturiertes Konzept. Oft fehlen die Mittel für eine Anschubfinanzierung.

## Kaum Effekte durch Selektivverträge

Zwar wurden in den 1990er Jahren sogenannte Selektivverträge gesetzlich eingeführt; die Entwicklung neuer Versorgungsformen durch diese Verträge blieb allerdings hinter den Erwartungen zurück und ein Großteil der Innovationen schafft es nicht in die Regelversorgung.

Mit dem Innovationsfonds sollen nun von 2016 bis 2019 jährlich 225 Millionen Euro für Innovationen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden. Die Kriterien der Förderung legt ein Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss fest, der auch über die Förderanträge entscheidet wird.

## Zusammenfassung der Thesen

### So sollte der Innovationfonds sein

- Alle Projektgrößen
- Schwerpunkthemen & freie Wahl
- Priorisierung nach Nutzen
- Qualität der Projekte
- Effizientes Projektmanagement
- Auch Krankenversorgung jenseits Regelversorgung
- Übertragbarkeit der Mittel

### So sollte der Innovationfonds nicht sein

- Nur Großprojekte
- Nur vorgegebene Themen
- Formale Kriterien wie „sektorübergreifend“
- Proporz der Projekte
- Alle Kosten übernehmen
- Nur administrative Projektkosten
- Alles im gleichen Jahr

Ein im Auftrag des vdek vom IGES-Institut erstelltes Gutachten bringt Vorschläge für die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds:

## Kreativität statt Proporz

Danach wird die Patientenperspektive als übergeordnetes Entscheidungskriterium gesehen. Der Nutzen für die Regelversorgung sollte das wichtigste Kriterium für Auswahl und Priorisierung der Projekte sein. Vorhaben sollten ausgewählt werden, weil sie die Qualität der Versorgung steigern und das für eine möglichst hohe Zahl betroffener Patienten.

Die proportionale Verteilung der Mittel auf Regionen, Kassenarten, Akteure oder Erkrankungen erachtet das IGES-Gutachten als nicht zielführend. Die

Qualität der Anträge und Projekte und deren Einfluss auf die Versorgung sollten sich durchsetzen.

Die Autoren plädieren zudem dafür, die Themen möglichst wenig einzuschränken, da innovative Ansätze durch Freiraum für Kreativität entstünden. Außerdem sollte die Übertragbarkeit der Projektmittel für Folgejahre sichergestellt sein, da gute Projekte Zeit bräuchten.

Der Innovationsausschuss hat sich am 15. Oktober konstituiert. Ob und wie durch ihn Innovationshemmnisse überwunden und inwieweit die Ergebnisse des IGES-Gutachtens berücksichtigt werden, bleiben die spannenden Fragen für die nächsten Jahre.

Das Gutachten finden Sie als Download unter [www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/innovationsfonds.html](http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/innovationsfonds.html)

# Regelmäßige Kontrollen auch im Pflegeheim wichtig

Wenn Dr. Reuven Heinrich in die Pflegeeinrichtung Ohlenhof geht, wird er von bekannten Gesichtern begrüßt. Zwei Mal im Jahr kommt der Zahnarzt in das Gröpelinger Heim – auch ohne akuten Bedarf. Ein Kooperationsvertrag macht es möglich.

**D**iesen Vertrag nach § 119 b SGB V haben der Zahnarzt und das Sozialwerk der Freien Christengemeinde als Träger der Einrichtung abgeschlossen. Grundlage ist eine Rahmenvereinbarung, die seit April 2014 bundesweit gilt. Seitdem können Vertragszahnärzte einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen abschließen. Der Vertrag regelt unter anderem, dass der Zahnarzt regelmäßig auch ohne Anforderung ins Heim kommt und die Patienten betreut. „Natürlich komme ich auch zwischendurch, wenn ein Zahn schmerzt“, sagt Dr. Heinrich. Aber vor allem gehe es um die routinemäßige Kontrolle, die bei Älteren eine andere sei als bei jungen Menschen.

## Mundhygiene wichtiger als Sanierung

Dr. Dirk Mittermeier, Vorstandsvorsitzender des Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Altersheilkunde, erläutert die Unterschiede: „Es geht nicht um Sanieren und Implantieren, sondern vielmehr um Mundhygiene.“ Gerade bei bettlägerigen Patienten sei es wichtig, dass keine Keime über den Mund in die Lunge geraten. Dagegen könne die Wurzel eines gezogenen Zahns durchaus manchmal im Kiefer bleiben, um einer Lockerung der anderen Zähne vorzubeugen. Ohnehin könne in der Einrichtung nur eine abgespeckte Behandlung angeboten werden, sagt Mittermeier: „Durch die Räumlichkeiten und am Bett ist nicht alles möglich.“

Viel wichtiger sei aber meist die richtige Reinigung und kontinuierliche Betreuung. Und die ist mitunter aufwändiger als für andere Patienten: So haben

## »Kooperationsvertrag als positives Aushängeschild der Einrichtung.«

manche Demente ein eingeschränktes Schmerzempfinden oder werfen ihre Zahnprothese weg. Die kooperierenden Zahnärzte dokumentieren Zahn- und Mundstatus sowie Besonderheiten ihrer stationären Patienten in einem Formular, das auf der Pflegestation bleibt. Dadurch können auch andere betreuende Ärzte und Pflegekräfte darauf zurückgreifen.

Die Kooperationsvereinbarung bedeutet für die beteiligten Zahnärzte eine höhere Vergütung: „Früher bekam ich nur die Akutbehandlung bezahlt“, erinnert sich Dr. Heinrich. Jetzt erhalten kooperierende Ärzte spezielle, teils extrabudgetäre Zuschläge für ihre Besuche. So soll der Mehraufwand für die zahnärztliche Versorgung der Heimbewohner abgemessen vergütet werden. Zugleich soll aber durch die kontinuierliche Betreuung der Zahngesundheit der Senioren dauerhaft verbessert werden.

## Hilfen für das Pflegepersonal

Allerdings wissen Mittermeier und Heinrich auch, dass das Pflegepersonal sehr viele Aufgaben hat. Darunter leidet manchmal die Zahnpflege. „Daher ist es

besonders wichtig, in der zur Verfügung stehenden Zeit das Richtige zu tun“, sagt Mittermeier. Um das zu gewährleisten, werden die Pflegekräfte eingebunden in die zahnärztlichen Kontrollen. „Wir zeigen ihnen zum Beispiel, wie sie den Zahnersatz für die Reinigung herausnehmen können. Dann ist es auch für sie leichter.“

Obwohl es seit letztem Jahr die Kooperationsverträge gibt, sind bundesweit erst 20 Prozent der Einrichtungen dabei. In Bremen liegt die Zahl mit 40 Prozent über dem Schnitt, doch auch hier gibt es Vorbehalte,

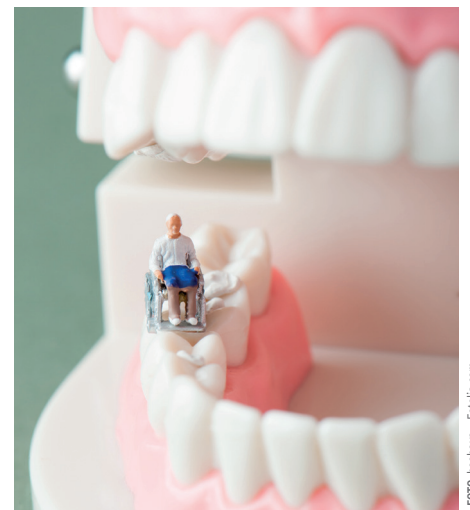


FOTO: beeblog - Fotolia.com

so Mittermeier: „Vielleicht haben manche Heime Angst, dass durch eine Kooperation noch mehr Arbeit auf sie zukommt.“ Er schlägt vor, den regelmäßigen Zahnarztbesuch stattdessen als Hilfe anzunehmen, um die Bewohner besser pflegen zu können. Zudem sei die Kooperationsvereinbarung für Pflegeheime auch ein positives Aushängeschild: „Eine regelmäßige zahnärztliche Versorgung könnte doch auch Pluspunkte in der Bewertung bringen.“ ■

BÜCHER

## Gesundheit als Ware?

Verkürzte Verweildauern in den Kliniken, weniger Personal in der Pflege: Sind das Ergebnisse medizinischen Fortschritts oder Resultate betriebswirtschaftlicher Effizienz- und Wettbewerbslogik in den Krankenhäusern? Der Medizinethiker Maio sieht eine Entwicklung vom „Gesundheitswesen“ zur „Gesundheitswirtschaft“, in der Kapazitäten für lukrative Operationen ausgebaut und unrentable Stationen geschlossen werden. Klinikkonzerne erwirtschaften so hohe Renditen. Maio plädiert für eine humanere Medizin.



Giovanni Maio  
Geschäftsmodell Gesundheit  
– Wie der Markt die Heilkunst abschafft  
2014, 164 S., € 8,99  
Suhrkamp, Taschenbuch

## Vom Kind zum Therapiefall

Das Kind tut sich mit Zweiwortsätzen oder beim Malen schwer: Entwickeln sich Kinder nicht nach Schema, werden sie – befördert durch „Chöre von Freundinnen, Erzieherinnen und Lehrerinnen“ – schnell einer regelrechten Therapie- und Förderwut ausgesetzt. Eigenheiten und individuelles Entwicklungstempo werden ihnen immer weniger zugestanden. Kinderarzt Michael Hauch bestreitet nicht, dass Entwicklungsstörungen existieren. Er plädiert aber dafür, Vertrauen zu Kindern zu haben, statt ihre Schwächen zu suchen.



Dr. Michael Hauch  
Kindheit ist keine Krankheit  
320 S., € 14,99  
S. Fischer Verlag,  
Frankfurt a.M.

VDEK-PFLEGELOTSE

## Checklisten helfen mit gezielten Fragen bei der Suche

In welchem Pflegeheim ist mein Angehöriger wirklich gut untergebracht? Welcher Pflegedienst in der Nähe geht am besten auf meine Bedürfnisse ein? Und welche gesetzlichen Ansprüche habe ich als Pflegebedürftiger eigentlich? Eine Entscheidung ist nicht leicht zu treffen. Der vdek hat jetzt zwei Checklisten veröffentlicht, die hierbei Orientierung bieten und Versicherten bei der Suche nach dem für sie besten Angebot helfen. In Bremen gibt es derzeit 153 stationäre Pflegeeinrichtungen und 118 ambulante Pflegedienste.

Für die Suche werden unterschiedlichste Aspekte der Qualität abgefragt: Von der Quote der Fachkräfte in einer Pflegeeinrichtung über die angebotenen Betreuungsleistungen des Pflegedienstes bis hin zu wichtigen vertraglichen Aspekten der stationären und ambulanten Pflege.

Zudem ist die Liste auch als Gesprächsleitfaden für den Erstkontakt mit den Einrichtungen und Dienstleistern nützlich. Zusätzlich zu den Pflegenoten und den Preis- und Strukturdaten im vdek-Pflegelotsen bekommen Versicherte damit eine weitere nützliche Entscheidungshilfe für die Wahl des Anbieters an die Hand.

Die „Checkliste vollstationäre Pflege“ und die „Checkliste ambulante Pflege“ stehen zum Download und Ausdrucken bereit. Die Rubriken „Fragen & Antworten“ und „Die Pflegeversicherung“ informieren darüber hinaus auf der Internetseite zu den häufigsten Fragen zum Pflegelotsen und den Pflegenoten.

[http://www.pflegelotse.de/presentation/pl\\_pflegecheckliste.aspx](http://www.pflegelotse.de/presentation/pl_pflegecheckliste.aspx)

MAMMOGRAFIE-SCREENING

## Mehr Brustkrebs-Untersuchungen

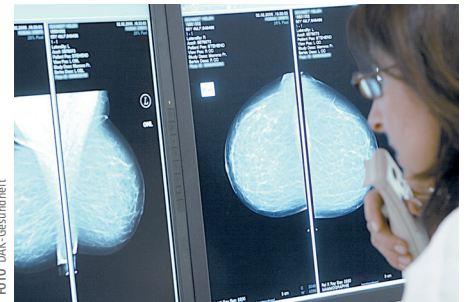


FOTO: DAK-Gesundheit

Im Jahr 2012 sind bundesweit 2,8 Millionen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren beim Mammografie-Screening untersucht worden, etwas mehr als im Vorjahr. Knapp fünf Prozent wurden zu einer ergänzenden Untersuchung einbestellt, so die Kooperationsgemeinschaft Mammografie. Meistens bestätigte sich der Brustkrebsverdacht aber nicht: Rund 17.300 Karzinome wurden beim Screening entdeckt, rund 80 Prozent kleiner als 20 Millimeter.

Dennoch ist mit 56,3 Prozent der eingeladenen Frauen die Beteiligung niedriger als europaweit gefordert. Um diese Quote zu verbessern, werden jetzt Einladungsschreiben und Merkblatt so überarbeitet, dass Risiko und Nutzen vom Screening sowie der Datenschutz deutlicher wird. Ziel ist eine informierte, freiwillige Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme.

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 Ch. Rings, B. Tillmann  
Verantwortlich Kathrin Herbst  
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH  
Konzept ressourcenmangel GmbH  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-4061