

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Sozialminister Günter Baaske | **AMBULANTE KODIERUNG** Nachweis der Morbidität
STATIONÄRE HOSPIZE In Würde sterben können | **GRUPPENPROPHYLAXE** Tolle Zähne – na logo!

BRANDENBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2013

GEMEINSAMES LANDESGREMIUM

Alle an den Start:
Auf die Plätze –
fertig – los!



FOTO: McCaomy – Fotolia.com

Der Landtag hat soeben das Gesetz zur Errichtung eines Gemeinsamen Landesgremiums im Sinne des § 90a des SGB V verabschiedet. Damit ist der Weg frei, über dieses Gremium die Gesundheitsversorgung im Land gemeinsam mit realistischen Vorschlägen aktiv zu gestalten. Die Ersatzkassen, die neben dem Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausesellschaft und den Kommunalen Spitzenverbänden in Brandenburg ständiges Mitglied sind, werden diese Chance nutzen. Der Gesetzentwurf wurde vor Verabschiedung dahingehend ergänzt, dass ein Mitberatungsrecht von den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, der Landesärztekammer, den zuständigen Dachorganisationen für Pflegeberufe und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer gegeben ist.

KLINISCHES KREBSREGISTER

Das Bessere ist der Feind des Guten

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) ergibt sich zwingend die Notwendigkeit, aber auch die große Chance, die klinische Krebsregistrierung in Brandenburg zu reformieren und gestärkt in die Zukunft zu führen.

Als in der Nachwendezeit die großen Umbrüche erfolgten, fanden sich auf Initiative von Regine Hildebrandt Vertreter der ambulanten und stationären Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen, um die etablierte Nachversorgung onkologischer Patienten im Flächenland Brandenburg fortzuführen: Es entstand die Onkologie-Nachsorgevereinbarung. Die im Krankenhausplan festgelegten onkologischen Schwerpunkte (OSP) und deren nachrangig angesiedelte Nachsorgeleitstellen

- Brandenburgisches Tumorzentrum/ Onkologischer Schwerpunkt Cottbus e.V. am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Tumorzentrum Potsdam e.V. am Klinikum Ernst von Bergmann
- Onkologischer Schwerpunkt Frankfurt (Oder) e.V. am Klinikum Frankfurt Oder/Ost-Brandenburgisches Tumorzentrum Bad-Saarow e.V.
- Onkologischer Schwerpunkt Brandenburg-Nordwest e.V. Neuruppin an den Ruppiner Kliniken
- Nordbrandenburgischer Onkologischer Schwerpunkt e.V. am Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt

betreuen und dokumentieren knapp 85.000 Patienten jährlich. Sie übernehmen als regionale klinische Krebsregister die Organisation der Nachsorge sowie die klinische Krebsregistrierung.

Eine Erfolgsstory, um die Brandenburg beneidet wird

Auch wenn dezentral organisiert, war mit der Nachsorgevereinbarung der Grundstein für eine landesweite klinische Krebsregistrierung gelegt, um die Brandenburg von anderen Bundesländern bis heute beneidet wird. Die Krankenkassen haben an dieser Erfolgsstory einen erheblichen Anteil. Neben inhaltlich-konzeptioneller Mitarbeit ist es besonders deren Bereitschaft, dieses Projekt befristet auf freiwilliger Basis finanziell zu tragen und die OSP über zu verhandelnde Pauschalen je Erstdiagnose Krebs finanziell zu fördern.

Leider kein Bundesgesetz

Mit dem im April 2013 in Kraft getretenen KFRG muss nun jedes Bundesland ein Klinisches Krebsregister errichten. Auch



Brandenburg kann die Aufgaben meistern

FOTO: wdrk



von
GABRIELA LEYH
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Das KFRG stellt kein einheitliches Bundesgesetz dar, sondern verlagert die Zuständigkeit in die Bundesländer. Brandenburg hat die bevorstehenden Aufgaben erkannt und ist bestrebt, gerade aufgrund der bisherigen Vorbildfunktion auch diesen Prozess der Umsetzung des KFRG aktiv mit zu gestalten. Das MUGV hat es sich zum Ziel gesetzt, bis Januar 2015 ein Landeskrebsregister auf den Weg zu bringen.

Die wohl größte Herausforderung besteht einerseits darin, die bestehenden Strukturen zu erhalten und dabei neue Strukturen, die den Anforderungen des KFRG genügen, zu schaffen. Andererseits gilt es, Ziele und Vorgaben der beteiligten Vertragspartner mit den Wünschen der umsetzenden Krankenhäuser möglichst nah in Einklang zu bringen.

Unabhängig davon ist aber schon heute abzusehen: Alle bisherigen Strukturen und Aufgaben müssen auf den Prüfstand und entlang den Vorgaben aus dem KFRG angepasst werden. Dies ist für manchen Beteiligten mit Veränderungen verbunden. Aber nur so kann erreicht werden, dass aus der bereits guten klinischen Krebsregistrierung im Land eine bessere wird. Unter dieser Prämisse haben sich die Krankenkassen bereit erklärt, auf freiwilliger Basis die Finanzierung der bisherigen Pauschalen bis Ende 2014 letztmalig zu verlängern.



wenn es bedauerlicher Weise dem Gesetzgeber nicht gelungen ist, eine bundesweit einheitliche Regelung zu treffen, geht es in die richtige Richtung. Aus Gründen der Vergleichbarkeit, Zusammenführung und Aussagekraft wäre aus Sicht der Ersatzkassen eine bundeseinheitliche Regelung die bessere Lösung gewesen. Nun muss jedes Bundesland bzw. zuständige Ministerium aufbauend auf dem KFRG selbst eine Lösung im Rahmen eines Landesgesetzes schaffen.

Dass Teile der vor 20 Jahren in Brandenburg angelegten Struktur und die damit verbundenen Inhalte einer Revision bedürfen, haben die Beteiligten bereits lange vor dem KFRG gesehen und auch angepackt. 2009 wurde die Zentralisierung der Nachsorgeleitstellen in Angriff genommen, um die bis dato regional erfassten Daten der an Krebs Erkrankten zusammenzuführen. In einem jährlichen Ergebnisbericht werden diese Daten statistisch aufbereitet für das Land Brandenburg vorgestellt. Mit Umsetzung des KFRG und der Erarbeitung eines Landesgesetzes wird dieses Projekt abgeschlossen und dient nun als Basisstruktur zur Schaffung eines klinischen Krebsregisters Brandenburg.

Das neue Gesetz legt fest, dass die Krankenkassen den Betrieb klinischer Krebsregister mit Zahlung einer festgelegten fallbezogenen Krebsregisterpauschale in Höhe von 119 Euro fördern. Diese Pauschale ist einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor zu zahlen, sofern ein klinisches Krebsregister nachweist, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt sind. Förderkriterien sind auf der Bundesebene bereits bis zum 31.12.2013 festzulegen. In einer Übergangsphase bis zum 31.12.2017 müssen die Krankenkassen die Pauschale unabhängig vom Vorliegen der Fördervoraussetzungen an die klinischen Krebsregister, die von den Ländern für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt werden, bezahlen. Neben der fallbezogenen Krebsregisterpauschale erhalten die Leistungserbringer für jede landesrechtlich vorgesehene

vollständige Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein förderfähiges, klinisches Krebsregister eine Meldevergütung. Voraussetzung ist ein Krebsregistergesetz auf der Landesebene.

Die Herausforderung für das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) als „Errichtungsbeauftragter“ liegt hierbei zweifelsfrei in einer Überführung einer seit nahezu 20 Jahren gelebten Praxis in ein verbindliches Landesgesetz auf Basis des KFRG.

Erste Schritte sind getan

Mit der Zentralisierung der Datenhaltung ist bereits ein wichtiger Schritt in Richtung eines landesweiten klinischen Krebsregisters erfolgt. Weitere Forderungen der Ersatzkassen sind:

- Das klinische Krebsregister muss unabhängig sein.
- Es muss eine einheitliche Datenerhebung gewährleistet sein.
- Soweit sinnvoll, sollen Strukturen (z.B. Vertrauensstelle, Datenflusswege) aus der epidemiologischen Krebsregistrierung genutzt werden.
- Auswertungen müssen dazu geeignet sein, Behandlungen und Behandler zu vergleichen, die guten zu identifizieren und auf dem Weg des best-practice die onkologische Versorgung im Land qualitativ für die betroffenen Bürger weiter zu entwickeln.
- Die Strukturen sollen so angelegt werden, dass sie einer ggf. zu einem späteren Zeitpunkt möglichen Zusammenführung mit einem klinischen Krebsregister in Berlin nicht widersprechen.

Und auch bei der Suche nach dem Träger ist man auf gutem Wege. Als mögliche Option prüft gegenwärtig die Ärztekammer Brandenburg, ob sie für diese Aufgabe zur Verfügung steht. Erfahrungen mit Qualitätssicherung in den Sektoren und sektorübergreifend liegen dort vor und auch die Frage der Unabhängigkeit könnte so befriedigend gelöst werden. ■

Große Herausforderungen für einen Arbeits- und Sozialminister

Durch die zunehmend ältere Bevölkerung wird es mehr Pflegebedürftige geben. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbstätigen um fast 30 Prozent. Prognosen gehen von einem Anstieg der jetzt pflegebedürftigen Menschen in den nächsten 20 Jahren um ca. 70 Prozent aus. Brandenburgs Sozialminister Günter Baaske hat deshalb das Thema Pflege zu einem seiner Schwerpunkte gemacht. Derzeit ist er in allen Regionen unterwegs, um mit Praktikern und Experten auch über lokale Möglichkeiten zu diskutieren.

vdek Herr Minister Baaske, die Anzahl der Pflegebedürftigen, wird bis 2030 drastisch ansteigen. Wer wird die Menschen in Zukunft pflegen?

Günter Baaske Der Handlungsdruck in der Pflege ist in Brandenburg besonders groß. Es ist nach Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Pflegebedürftigen – 3,8 Prozent der Bevölkerung. Durch die zunehmend ältere Bevölkerung – die Zahl der über 80-Jährigen steigt zwischen 2012 und 2030 von etwa 120.000 auf fast 250.000 – wird es deutlich mehr Pflegebedürftige geben. Bis 2030 rechnet man in Brandenburg mit einer Zunahme um 70 Prozent auf über 160.000 Menschen. Dann werden mehr als sieben Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig sein. Daraus ergibt sich ein erheblicher Bedarf an Pflegepersonal – von etwa 29.000 im Jahr 2011 auf mehr als 54.000 in 2030. Gleichzeitig sinkt mit dem demografischen Wandel die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter um fast 30 Prozent.

Der wachsende Personalbedarf kann nur gedeckt werden, wenn die Beschäftigungsbedingungen attraktiver werden. Dazu gehört eine bessere Bezahlung. Am besten wäre ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag für die gesamte Pflegebranche.

Heute werden in Brandenburg 77 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause durch Angehörige oder ambulante Dienste

betreut. Das ist ein bundesweiter Spitzenwert, den wir unbedingt halten wollen. Dafür muss die Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiter verbessert werden. Neben den Familien brauchen wir aber auch neue Hilfsstrukturen in der Gesellschaft. Dazu gehört ganz entscheidend auch ein professionell unterstütztes Ehrenamt. Strategisch entscheidend aber ist, den Pflegefall nicht oder erst möglichst spät eintreten zu lassen. Ein aktives Alter hat auch insoweit eine Schlüsselfunktion.

vdek Welches sind die zentralen Maßnahmen aus Sicht des Ministeriums?

GB Menschen sollen dort alt und gepflegt werden können, wo sie gelebt haben und leben wollen. Die Pflege der Zukunft ist eine „Pflege im Quartier“. Das bedeutet, dass die Kommunen in der Pflegepolitik künftig eine stärkere Rolle übernehmen sollten. Wir brauchen dort, wo die pflegebedürftigen Menschen leben, kleine, dezentrale Lösungen – passgenau und flexibel.

Das Land Brandenburg hat auf Bundesebene sehr früh eine stärkere Rolle der Kommunen gefordert. Pflege ist mehr als Pflegeversicherung. Wir konnten zum Beispiel erreichen, dass die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz anteilig von Pflegekassen und Landkreisen erfolgt. Außerdem haben wir die Beratung



FOTO MASF

GÜNTER BAASKE, Brandenburgs Sozialminister

der Pflegebedürftigen gestärkt. Es ist sehr erfreulich, dass die Krankenkassen in Brandenburg gemeinsam mit den Landkreisen und kreisfreien Städten bis heute 19 Pflegestützpunkte eingerichtet haben. Sie ermöglichen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einen schnellen Überblick über die Unterstützungsmöglichkeiten. Das Sozialministerium lässt für die Pflegestrategie Brandenburgs derzeit eine „Fachkräftestudie Pflege“ erstellen. Sie soll Handlungsempfehlungen geben und zeigen, dass es vielfältige Ansätze zur Vermeidung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit gibt.

vdek Was kann der von Ihnen im Juni dieses Jahres in Potsdam begonnene Pflegedialog dazu beitragen?

GB Das sind richtig gute Veranstaltungen, bei denen man voneinander lernt. Um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Pflege sicherstellen zu können, ist es mir wichtig, mit pflegenden Angehörigen, Pflegekräften und Kommunalpolitikern direkt ins Gespräch zu kommen. Nur gemeinsam werden wir Lösungen finden. Es gibt bereits viele gute lokale Initiativen, die wir mit dem Pflege-Dialog natürlich auch bekannt machen wollen. Die 3. Veranstaltung ist am 23. Oktober in Neuruppin. ■

Der Nachweis der Morbidität – Zumutung, Überregulierung oder Selbstverständnis

Seit der Honorarreform 2009 ist gesetzlich geregelt, dass die Krankenkassen finanziell das Morbiditätsrisiko für ihre Versicherten tragen. Um dem gerecht zu werden, sollten 2011 bundesweit einheitliche Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) eingeführt werden.

Seit ca. 13 Jahren besteht die Verpflichtung, Diagnosen nach dem ICD-10 in der jeweils gültigen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Abweichend zum stationären liegt für den ambulanten Versorgungsbereich damit allerdings kein Regelwerk vor, das eindeutige Definitionen von Diagnosen vorgibt. Zur Berechnung der Vergütung wurde diese Verschlüsselung in der Vergangenheit wenig genutzt.

AKR sollten zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beitragen

Der Gesetzgeber hat mit der stärkeren Orientierung der Vergütung an der Morbidität zum 1.1.2009 ein diagnosebezogenes Klassifikationsverfahren zur Morbiditätsmessung eingeführt und den finanziellen Ausgleich zwischen den Kassen ebenfalls auf eine Morbiditätsorientierung umgestellt. Seit dieser Umstellung des Risikostrukturausgleiches zwischen den gesetzlichen Krankenkassen kommt den korrekt kodierten Diagnosen eine Schlüsselrolle zu.

Eine valide Messung der Morbidität ist nur auf der Grundlage einer einheitlichen Verschlüsselung der behandelten Krankheiten möglich. Hierfür wurde die Konkretisierung der bisherigen Kodierung durch Einführung eines verbindlichen Regelwerkes im Sozialgesetzbuch vorgeschrieben und das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt. Die AKR sollten bundesweit, flächendeckend und verbindlich zunächst zum 1.1.2011 für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen Anwendung finden – für alle ambulanten ärztlichen und

KV-Bezirk	Veränderungsrate (%) Behandlungsdiagnosen*	Veränderungsrate (%) Demographie
Sachsen-Anhalt	2,6626	0,6603
Mecklenburg-Vorpommern	2,0313	0,7416
Thüringen	1,8067	0,6266
Niedersachsen	1,6552	0,4150
Westfalen-Lippe	1,6496	0,4054
Sachsen	1,6384	0,4323
Nordrhein	1,3978	0,3485
Brandenburg	1,3925	0,7240
Bayerns	1,3796	0,3527
Rheinland-Pfalz	1,3466	0,4609
Schleswig-Holstein	1,2846	0,4251
Hamburg	1,2534	0,1747
Baden-Württemberg	1,0222	0,4292
Hessen	0,9529	0,3405
Saarland	0,9472	0,4525
Bremen	0,6877	0,2726
Berlin	0,6653	0,0590

* Die Veränderungsrate ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses jährlich auf Basis des Verfahrens der Geburtstagsstichprobe. Die Geburtstagsstichprobe umfasst die Abrechnungsdaten und Diagnosen.

belegärztlichen Leistungen und die der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Sie sollten ausschließlich die Kodierung der Diagnosen zur Abrechnung regeln und keinesfalls Einfluss auf die ärztliche Entscheidung im Hinblick auf Diagnostik und Therapie haben. Um den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mehr Zeit einzuräumen, sich mit dem verbindlichen Regelwerk vertraut zu machen, verabredeten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband eine sechsmonatige Übergangsfrist bis zur Einführung am 1.7.2011. Dieser Zeitraum wurde allerdings von einigen Vertretern der Ärzteschaft anderweitig genutzt, nämlich für eine Entscheidung zur generellen Abschaffung der bundesweit einheitlichen Kodiervorgabe

bei der KBV und beim Gesetzgeber unter dem Deckmantel der Überregulierung. Die KBV sprach sich daraufhin gegen eine Einführung der AKR aus und wirkte auf eine Gesetzesänderung hin, die im Versorgungsstrukturgesetz Einzug fand.

Ein Dilemma auf Sicht

„Der GKV-Spitzenverband hat kein Verständnis dafür, dass die Vertragsärzte weiterhin nicht bereit sind, den gesetzlichen Auftrag zur Anwendung von Kodierrichtlinien bei der Dokumentation von Diagnosen vollständig umzusetzen. Die Ärzteschaft nehme damit in Kauf, dass die Messung der Morbiditätsstruktur der Versicherten und ihre Veränderung künftig nicht mehr auf der Grundlage der

ärztlichen Diagnosen erfolgen können.“ (vgl. Ärztezeitung, 11.4.2011)

Ein Pyrrhussieg für viele Ärzte, der in der Pressemitteilung des BMG zum Versorgungsstrukturgesetz vom 13.9.2013 so gewürdigt wird: „Die Verpflichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung, von Ärzten und Krankenkassen, AKR zu vereinbaren, wird aufgehoben. Damit wird die übermäßige Bürokratie abgebaut und einer Forderung der Ärzteschaft entsprochen.“ Eine Groteske angesichts dessen, dass eine genaue und bundesweit einheitliche Kodierung wichtig ist, um die Morbidität der Patienten in den Praxen, damit auch die Arbeit und den Aufwand zu messen und diesen dann in die Vergütung einfließen zu lassen. Unverständlich ist die umgesetzte Forderung der Ärzteschaft auch im Kontext eines bundesweiten Zusammenschlusses von Kassenärztlichen Vereinigungen, die mehr Verteilungsgerechtigkeit fordern: „Gelder müssen dort zur Verfügung stehen, wo die Menschen älter und kränker sind“ (vgl. KVintern, 8/2011).

DEFINITIONEN

ICD-10 GM: Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. GM steht für German Modification.

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR): Auf der Basis des internationalen Schlüssel-systems ICD-10-GM legen die ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) fest, wie niedergelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten Diagnosen von ambulant behandelten Patienten im deutschen Gesundheitswesen zu kodieren haben.

Morbiditätsnachweis bleibt eine Herausforderung

Alljährlich werden Honorarforderungen aufgestellt, die Ermittlung der Veränderungsrate in höherem Maße an die Morbiditätsentwicklung der Versicherten anzupassen. Besonders, wenn es um die Veränderungsrate pro Jahr geht, ist die veränderte Morbiditätsstruktur entscheidend und hat direkte Auswirkungen auf das Finanzvolumen im KV-Bezirk. Ohne die Umsetzung verbindlicher AKR ist eine sachgerechte morbiditätsbezogene Veränderungsrate nicht umsetzbar. Ohne konkrete und bundesweit verbindliche Vorgaben ist der Nachweis über eine gestiegene Morbidität im ambulanten Bereich nicht ausreichend nachvollziehbar – weder in der Zukunft noch bezogen auf die Vergangenheit. Aus diesem Dilemma der fehlenden Bereitschaft zum Nachweis der Morbidität heraus hatten die Kassen in den regionalen Verhandlungen für 2013 zu Recht eine stärkere Einflussnahme der demographischen Situation auf die Vergütung gefordert. In Vereinbarungen oder Schiedsamtbeschlüssen sind unterschiedliche Regelungen getroffen worden. In Brandenburg hat das Schiedsamt mehrheitlich eine vollständige „Morbiditätsorientierung“ festgelegt.

Vorgaben der Bundesebene für regionale Honorarrunden 2014 liegen vor

Neben anderen Faktoren hat das Institut des Bewertungsausschusses die neuen Veränderungsrate für die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung entwickelt. Für alle Bundesländer ergeben sich unterschiedliche Veränderungsrate auf der Grundlage von Behandlungsdiagnosen und demographischer Kriterien (vgl. Kasten 2).

Die Schlussfolgerung kann nur heißen: Wer sich im bundesweiten Honorarvergleich in Bezug auf die Morbidität der behandelten Versicherten ungerecht behandelt fühlt, muss sich konsequenter Weise für allgemeinverbindliche bundesweite AKR sowie Sanktion bei Nichtanwendung einsetzen! ■

MUTTERSCHAFTSRICHTLINIE

Zusatzuntersuchung für Mutter und Kind



FOTO: Techniker Krankenkasse

Schwangere Frauen im Land Brandenburg haben ab sofort die Möglichkeit, in der 19. bis 22. Schwangerschaftswoche eine erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchung mit ihrer Versichertenkarte in Anspruch zu nehmen. Mit der Änderung der Mutterschaftsrichtlinie seit Mitte des Jahres auf der Bundesebene wurde parallel nicht die Bewertung der neuen Leistung in der entsprechenden Abrechnungsziffer angepasst. Das hatte zur Folge, dass gesetzlich versicherte Frauen zunächst eine Rechnung von der Gynäkologin oder dem Gynäkologen erhalten haben und diese dann zur Erstattung bei ihrer Krankenkasse einreichen mussten.

Eine regional geschlossene Vergütungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen für die neue Vorsorgeleistung regelt nunmehr, dass nach dem Sachleistungsprinzip abgerechnet wird, die Versicherten also keine Rechnung mehr für diese Leistung erhalten.

Ziel des zusätzlichen Screenings ist es, Risiken bei der schwangeren Frau und dem ungeborenen Kind festzustellen. So prüft die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe dabei zum Beispiel die Lage der Plazenta und untersucht, ob sich das Kind altersgerecht entwickelt und ob es Hinweise auf Entwicklungsstörungen gibt.

MAMMOGRAPHIESCREENING

Gute Nachricht: Die halbe Million ist geschafft



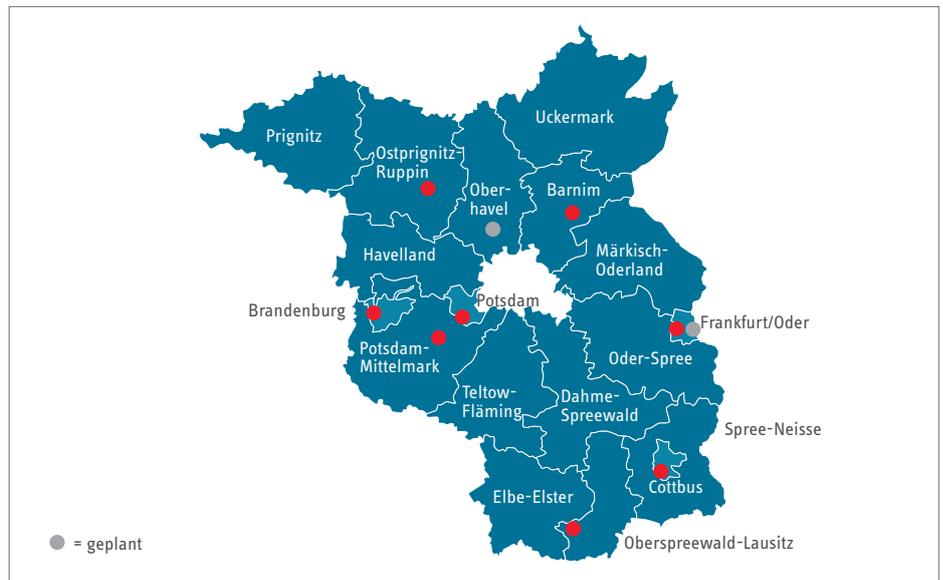
BRANDENBURGS MINISTERIN für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Anita Tack besucht das Mammobil in Ludwigsfelde

Gesundheitsministerin Tack gratulierte am 15.8.2013 der 500.000sten Teilnehmerin am Brandenburger Mammographie-Screening-Programm. 2008 ging das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs in Brandenburg an den Start. Es wurden 856.291 Einladungen verschickt. 2012 wurden insgesamt 212.384 Frauen untersucht. Die Teilnehmerquote steigt kontinuierlich auf derzeit gut 58 Prozent und nähert sich damit dem empfohlenen europäischen Zielwert von 70 Prozent an. Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Brandenburginnen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden alle zwei Jahre persönlich zu einem Früherkennungstermin eingeladen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen und die Untersuchung dauert nur wenige Minuten. Bei Verdachtsfällen folgen Abklärungsuntersuchungen. Für ein wohnortnahes Angebot sorgen acht stationäre Screening-Standorte und sechs mobile Screening-Einheiten, sog. „Mammobile“. Durch die Untersuchung kann Brustkrebs im Frühstadium erkannt und besser geheilt werden. Näheres zum Programm unter: www.screening-brandenburg.de

STATIONÄRE HOSPIZVERSORGUNG

In Würde sterben können

Jedem Menschen ist es wichtig, in Würde zu sterben. Die stationäre Hospizarbeit leistet einen wichtigen Beitrag, diesem Wunsch nachzukommen. Im Mittelpunkt stehen dabei der schwerstkranke, sterbende Mensch und seine Angehörigen mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten.



STATIONÄRE HOSPIZE IN BRANDENBURG Stand 31.08.2013

Nicht alle Menschen können zu Hause – in der gewohnten Umgebung – sterben. Dann besteht die Möglichkeit, die letzte Lebensphase unter Einbezug der Angehörigen in guter Betreuung in einem stationären Hospiz zu verbringen. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich für eine flächendeckende, d. h. in allen Landesteilen als Angebot zur Verfügung stehende, stationäre Hospizversorgung.

Derzeit stehen in acht stationären Hospizen insgesamt 91 vollstationäre Plätze und zwei Tagesplätze zur Verfügung. In Frankfurt/Oder werden aktuell die Weichen gestellt, um voraussichtlich im Herbst 2013 einen Vertrag für ein Kindertageshospiz – übrigens als bundesweit zweites dieser Art! – mit vier Plätzen zu schließen. Weitere zehn Hospizplätze sind im Landkreis Oberhavel am Standort Oranienburg geplant.

Damit die Patienten möglichst optimal versorgt werden, arbeitet jedes Hospiz mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, ambulanten Hospizdiensten und Ehrenamtlichen zusammen.

Stationäre Hospize verfügen über acht bis höchstens 16 Plätze. Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass die Patienten an einer Erkrankung leiden, die fortschreitend verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen ist. Daneben ist eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung im stationären Hospiz notwendig.

Finanziert wird die stationäre Hospizversorgung für Erwachsene zu 90 Prozent und für Kinder zu 95 Prozent von der jeweiligen Kranken- und Pflegekasse. Die übrigen Kosten werden durch das stationäre Hospiz bzw. den Träger über Spenden gedeckt. Die Patienten müssen seit 2009 keinen Eigenanteil mehr leisten. ■

Tolle Zähne – Na logo!

GRAPHIK: Büro z ä g P



Unter diesem Motto engagieren sich die Mitarbeiterinnen der Zahnärztlichen Dienste in den Landkreisen und kreisfreien Städten erfolgreich für die Mundgesundheit der Jüngsten. Auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen Gesundheitsministerium, Landesverbänden der Krankenkassen, Landeszahnärztekammer, Landkreistag und Städte- und Gemeindebund aus 1993 engagieren sich die Beteiligten seit 20 Jahren mit Ideenreichtum und einem hohen Maß an Flexibilität, um dauerhaft eine konstant flächendeckende Betreuung der 2- bis 12-jährigen Brandenburger Kinder zu gewährleisten.

Im 20. Jubiläumsjahr der Vereinbarung stehen die Beteiligten vor einer neuen Aufgabe: Seit dem 1.8.2013 haben Kinder ab dem 1. Lebensjahr einen gesetzlich garantierten Anspruch auf eine Tagesbetreuung. Künftig werden die unter 2-jährigen Kinder in die gruppenprophylaktische Betreuung einbezogen. Brandenburg ist im bundesweiten Vergleich bei der Bereitstellung von Kita-Plätzen gut aufgestellt. Neben einer erhöhten Anzahl von Kindertagesstätten haben sich inzwischen auch Tagespflegestätten etabliert. Über 700 dieser „kleinen“ Einrichtungen gibt es bereits.

Diese positive Entwicklung hat zugleich Auswirkungen auf die jährliche Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen, einer altersgerechten Anleitung zur Mundhygiene und gesunden Ernährung sowie von Fluoridierungsmaßnahmen durch die Zahnärztlichen Dienste in ca. 600 Grund- und Förderschulen, 1.450 Kindertagesstätten und über 700 Tagespflegestätten. Die Organisation mit begrenzten Mitteln erfordert neue Ideen und Konzepte, denn bei einem hohen Aufwand in der Vorbereitung werden gerade in den kleinen Einrichtungen vergleichsweise wenige Kinder erreicht.

Kreativität ist gefragt. Brandenburg ist eines der ersten Bundesländer, in denen die Vertragspartner die Umsetzung erster Maßnahmen für die Kleinsten beschlossen haben. Dabei rückt der gemeinsame Einfluss von Betreuungseinrichtung und Eltern zusammen immer stärker in den Vordergrund.

[vdek-Pflegelotsen-App für unterwegs](#)

Nutzer des Internetportals der Ersatzkassen (www.pflegelotse.de) können auch von unterwegs einen Überblick über die Pflegeeinrichtungen erhalten. Die ausschließlich für das iPhone entwickelte App steht jetzt zum kostenlosen Download im Apple iTunes Store bereit. In die Suchmaske muss man „Pflegelotse“ eingeben. Daraufhin gelangt man unmittelbar zur Pflegelotsen-App des vdek.

[Mehr Geld für Kindergesundheit in Eberswalde](#)

Durch die Arbeit in einer neuen Kinderambulanz in Eberswalde verbessert sich die regionale Gesundheitsversorgung Brandenburger Kinder und Jugendlicher. Krankenkassen(verbände) und das Klinikum Barnim schlossen eine Vereinbarung und zahlen mehr Geld für Untersuchungen und ambulante Behandlungen – z.B. bei Diabetes, gastroenterologischen und Lungenkrankheiten.

[Ersatzkassen bauen Marktstellung weiter aus](#)

Zum 1.7.2013 gewannen sie insgesamt 11.124 Mitglieder bzw. 12.515 Versicherte (Mitglieder plus kostenfrei mitversicherte Familienangehörige) hinzu. Damit sind fast 47 Prozent der gesetzlich Versicherten in Brandenburg ersatzkassenversichert. Insgesamt betreuen die Ersatzkassen im Land 814.388 Mitglieder bzw. 1.031.781 Versicherte.

Mobil durch gezielte (Früh-)Reha

Eine gute Nachricht für viele Patienten: Ende August 2013 eröffnete das Neurologische Rehabilitationszentrum Berlin-Brandenburg als Bestandteil der Brandenburgklinik in Bernau. Insgesamt stehen für diese „Mehr-Phasen-Reha“ ca. 400 Betten zur Verfügung. Sobald die Patienten die erste Phase der Rehabilitation absolviert haben und eigenständiger sind, werden sie in der Folgephase weiter aufgebaut – bis sie wieder in ihre häusliche Umgebung können.

Der Neubau umfasst 160 Betten, davon 105 für die Frührehabilitation der Phase B und mögliche Folgephasen. Hierher kommen Patienten, die z. B. nach einem Schlaganfall aus den Krankenhäusern von Berlin und Brandenburg schnell eine gezielte Reha brauchen. Auch Spezialbetreuung noch beatmungsbedürftiger Patienten sowie von Dialysepatienten ist hier möglich.

BÜCHER

Klinikalltag in „patientendeutsch“

Deutschlands Kliniken haben einen der höchsten Standards weltweit. Trotzdem gibt es immer wieder Berichte über unnötige OPs, Hygienemängel, Behandlungsfehler, Abrechnungsbetrug. Viele Patienten fühlen sich in einem unpersönlichen Klinikbetrieb verloren. Der Autor erklärt die ungeschriebenen Gesetze des Klinikalltags für den Patienten verständlich. In diesem Werk erfährt der Leser, wie und ob man als Kassenspatient gut behandelt wird und wie man sich als Patient im deutschen Gesundheitssystem zurechtfindet.



Dr. med. Paul Brandenburg
Kliniken und Nebenwirkungen
– Überleben in Deutschlands
Krankenhäusern
206 Seiten, € 11,99
FISCHER Scherz, Frankfurt 2013

Die Tür nach draußen öffnen

Menschen mit Demenz benötigen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz tägliche Begleitung und Unterstützung. Wer pflegt, der weiß, dass dieser Einsatz oft an die Grenze der eigenen Belastbarkeit führt. Daher ist es wichtig, dass pflegenden Angehörige Entlastung erfahren. Die Broschüre informiert über die Krankheit „Demenz“, zeigt Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten auf und informiert über Hilfsangebote, die von Angehörigengruppen über die niedrigschwelligen Betreuungsangebote bis hin zur Urlaubs- und Verhinderungspflege reichen.



Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.
Die Tür nach draußen öffnen
7. aktualisierte Nachauflage,
56 Seiten

KLINIKSUCHE

Mit dem Kliniklotsen die richtige Klinik finden

Im Internet können Verbraucher unter www.vdek-kliniklotse.de eine bundesweite und flächendeckende Suchmaschine für Krankenhäuser nutzen.

Über das neue Portal können die ca. 2.300 Kliniken in Deutschland verglichen und umfassende Informationen abgerufen werden. Die Datenbasis bilden klinikeigene Qualitätsberichte. Zahlreiche Suchfunktionen helfen Patienten und Verbrauchern bei der Auswahl eines geeigneten Krankenhauses. So können beispielsweise Kliniken in einer bestimmten Region oder mit speziellen Schwerpunkten ermittelt werden. Für die Suche nach konkreten Diagnosen stehen erweiterte Suchmöglichkeiten zur Verfügung. Der vdek-Kliniklotse schafft Transparenz und Vergleichbarkeit im stationären Bereich und ist eine gute Unterstützung für die Patienten.

IGEL-MONITOR

IGeL-App für unterwegs

Versicherte aktuell über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die sie selbst bezahlen müssen, allgemeinverständlich informieren – das ist Ziel des IGeL-Monitors. Inzwischen gibt es den IGeL-Monitor als kostenfreie App. So können Patienten bereits während des Arztbesuchs erfahren, ob eine IGeL-Leistung durch den IGeL-Monitor eher positiv oder negativ bewertet wird. Die IGeL-App kann über den Link <http://igel-monitor.de/app.htm> heruntergeladen werden.

JUBILÄUM

Zehnter Parlamentarischer Abend

GRAFIK Landtag Brandenburg



Gegenüber dem fast fertigen Stadtschloss, dem künftigen Sitz des Landtages, begingen die Ersatzkassen am 25. September 2013 ein Jubiläum: Gemeinsam mit Abgeordneten und Referenten der im Landtag vertretenen Fraktionen sowie dem Abteilungsleiter Gesundheit des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz kamen die Ersatzkassen zum nunmehr zehnten Parlamentarischen Abend zusammen.

In kleiner und lockerer Runde wurden Auswirkungen der Bundesgesundheitspolitik auf Brandenburg, landesgesundheitspolitische Schwerpunkte, Standpunkte und Sichtweisen zu Versorgungsthemen (auch Selektivverträge) und den Herausforderungen der Pflege diskutiert, was zu einem besseren gegenseitigen Verständnis führt.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Berlin/Brandenburg des vdek
Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin
Telefon 0 30 / 25 37 74-0
Telefax 0 30 / 25 37 74-19
E-Mail LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com
Redaktion Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich Gabriela Leyh
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2190