C 21156 F

report
bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2006

ersatzkassen

Wettbewerbsstärkungsgesetz?

Bundeskanzlerin Angela Merkel hatte die Gesundheitsreform zum wichtigsten Thema der Legislatur erklärt und war angetreten, das Gesundheitssystem innovativer, leistungsfähiger und bezahlbar zu machen. Bei den Verhandlungen mit der SPD stießen allerdings schnell altbekannte Grundsätze aufeinander: Die CDU wollte die Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale, die SPD den Einbezug weiterer Einkommensarten im Sinne einer Bürgerversicherung. Um einen Gesichtsverlust der Parteien zu vermeiden, muss das Projekt „Gesundheitsreform" nun trotz aller Unvereinbarkeiten Ergebnisse zeigen.

Entstanden ist ein Reformkonsens, der den gestellten Anforderungen nicht genügt – der dem Gesundheitswesen sogar deutlich gegenteilige Effekte bescheren wird. Das vorliegende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gibt weder Antwort auf die Frage, wie die Finanzierungslücke der GKV nachhaltig geschlossen werden soll, noch bietet das Papier nachhaltige Lösungen für die strukturellen Probleme der medizinischen Versorgung an. Stattdessen besteht es im Kern aus Struktur- und Kompetenzverschiebungen, die eindeutig einen Systemwechsel in der GKV bedeuten, der zu Entsolidarisierung, Verstaatlichung und zu entscheidend steigenden Kosten für die Versicherten führen wird. Die zu erwartende Dynamik der Entwicklung wurde bereits von Frau Merkel angekündigt: Eine Erhöhung der Beiträge um 0,5 Prozentpunkte. Den Wettbewerb um eine gute und kostengünstige Versorgung wird das Gesetz in seiner jetzigen Form hingegen nicht stärken, dazu sind die Elemente Fonds, Prämien und Staatseinfluss nicht geeignet.

Ab 2008 soll ein staatlicher Gesundheitsfonds errichtet werden, in den die Beiträge der Versicherten und

In dieser Ausgabe:

- **Wettbewerbsstärkungsgesetz**
  Was bringt die Gesundheitsreform?
- **Krankenhausplanung in Bremen**
- **Mammographie-Screening**
  Referenzzentrum eröffnet
- **Kassen unterstützen ambulante Hospizdienste**

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Arbeitgeber sowie ein Steuerzuschuss von zunächst 1,5 Mrd. Euro einfließen sollen. Die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung sollen künftig einheitlich vom Staat festgesetzt werden – also nicht wie bisher von der Selbstverwaltung einer Kasse – und der Beitragseinzug soll von den Krankenkassen auf eine neu zu gründende Stelle übertragen werden; Maßnahmen, durch die die Kassen ihre Finanzautonomie verlieren. Sie sollen lediglich eine „Zusatzprämie" von den Versicherten erheben können, wenn ihr Finanzbedarf über die Zuweisung aus dem Fonds hinausgeht. Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss, der über die GKV-finanzierten Leistungen entscheidet, von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen genommen, und in eine vom Bundesministerium gesteuerte Institution überführt werden.

Zerschlagung intakter Strukturen

Der Fonds soll das bewährte Verfahren, mit dem heute die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung eingezogen werden, ohne Not abschaffen.

Derzeit melden und zahlen Arbeitgeber, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und zahlreiche weitere Institutionen für 72 Millionen Menschen monatlich die Beiträge zur Sozialversicherung. Dieser Beitragseinzug über die Krankenkassen läuft im internationalen Vergleich äußerst sparsam und effektiv. Er verursacht nicht nur extrem niedrige Kosten – rund 0,3 % der Einzugssumme; auch die Fehlerquote von etwa 1 % ist äußerst gering.

Dank der guten Organisation des Beitragseinzugs können die Krankenkassen die Rechnungen der medizinischen Leistungserbringer pünktlich begleichen und den anderen Sozialversicherungsträgern die Mittel zur Renten- und Arbeitslosengeldzahlung pünktlich zur Verfügung stellen – die Liquidität des Systems ist gewährleistet.

Bei einer Übertragung des Beitragseinzugs und der Mittelverteilung auf einen Fonds würde sich weder die Art noch die Menge der zu bewältigenden Aufgaben ändern. Für die „Scheininnovation" Gesundheitsfonds müssten allerdings die in der GKV über Jahrzehnte mit hohem Investitionsaufwand geschaffenen Strukturen neu aufgebaut werden. Die Kosten des Beitragseinzugs würden sich infolge der Umstrukturierung von heute 1,3 Mrd. auf 2,5 Mrd. Euro verdoppeln. Weitere 0,8 Mrd. Euro müssten für den Aufbau von Behörden und Datenverarbeitung in Anspruch aufgewendet werden.

Zusätzlich müssten, wegen der von den Versicherten zu erhebenden Zusatzprämie, die Kassen für Millionen von Mitgliedern eigene Konten einrichten. Entsprechendes Personal müsste, neben den 25.000 Beschäftigten für den Fonds, wiederum bei den Kassen eingestellt – beziehungsweise als Doppelstruktur weiterhin vorgehalten werden.

Erheblicher administrativer Aufwand entstünde zudem durch eine vorgesehene Regelung, wonach die von den Krankenkassen einzuziehende Zusatzprämie 1 % des Haushaltseinkommens nicht überschreiten darf. Allein die Erhebung des Haushaltseinkommens ist – wie die Kassen seit der Neuregelung der Überlastungsklausel für chronisch Kranke wissen – äußerst aufwendig.

Selbst für einen der Konstrukteure des Fondsmodells, den Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, ist es nicht zu verstehen, warum neu organisiert werden soll, was derzeit reibungslos funktioniert. Denn in der geplanten Form ist der Gesundheitsfonds nicht mehr als eine staatliche Kapitalsammelstelle, die über einen

Der Kommentar

Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

Der Arbeitsentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erstaunt, indem er nachhaltig schwächt, was doch ausgebaut werden sollte. Dieses Vorhaben schafft nicht mehr Wettbewerb, sondern es engt die Akteure des Gesundheitswesens in der Weise ein, wie es den Staatseinfluss erweitert. Die geplanten Maßnahmen zur Zentralisierung und Vereinheitlichung – Dachverband, Umbau des gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Regulierungsbehörde, Festsetzung des Beitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit und Zentraler Beitragseinzug – bedeuten den Weg in die Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Für die Versicherten dramatisch: Die Bedingung der CDU, dass neben dem Fonds eine Kopfpauschale für die Versicherten eingeführt wird, führt absehbar zu einem Ausstieg aus der paritätischen und sozial getragenen Finanzierung. Das Ergebnis der Reform wäre dann ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen, für das die Versicherten ohne solidarischen Ausgleich und mit sinkender Beteiligung der Arbeitgeber aufkommen müssten.

So würden die Bürger durch die Zwangsheirat von „Kopfpauschale" und „Bürgerversicherung" die Nachteile beider Ideologien ausbaden müssen, ohne dass das Gesundheitswesen innovativer oder leistungsfähiger geworden wäre.

Risikoausgleich den Kassen die Beiträge zuweist. An den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen ändert sich damit praktisch nichts und auch zur Konsolidierung der Finanzen trägt der Fonds nichts bei. Laut Prof. Wasem ist das Fondsmodell ohne die Beteiligung der Privatversicherten oder das Einbeziehen von privaten Einkünften zur Beitragserhebung verzichtbar.

Kopfprämie für die Versicherten

Dabei vernebelt der Wirbel um den Fonds den Blick auf die wirkliche „Innovation" der geplanten Reform: Die Zusatzprämie. Sie ist ein abgekoppelter Versicherten-Anteil, der in Zukunft das Ventil für den steigenden Finanzbedarf des Gesundheitssystems sein wird. Die geplante Begrenzung dieser Beitragsform auf 5 % der Kassenausgaben und maximal 1 % des Haushaltseinkommens der Versicherten wird nicht haltbar sein. Schon jetzt drängt der Bundesverband der Deutschen Industrie, den Anteil der Zusatzprämien am Gesamtvolumen von 5 auf 10 bis 15 % der Einnahmen zu vergrößern. Aus der „kleinen" Zusatzprämie wird so schnell eine große Kopfpauschale, die sich durch den zusätzlichen Finanzbedarf der GKV in den nächsten Jahren verdreifachen könnte – finanziert allein durch die Versicherten.

„Schlanke Strukturen" für gesunde Versicherte

In den Erläuterungen des BMG zur Gesundheitsreform heißt es:
„Wenn eine Kasse ihre Ausgaben nicht in den Griff bekommen sollte, dann kann sie von ihren Mitgliedern einen Zuschlag, einen kleinen zusätzlichen Beitrag, fordern. Diesen Weg allerdings werden Kassen im Leistungswettbewerb vermeiden wollen, denn damit wäre für alle offenkundig: Diese Kasse arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere Kassen wiederum wären in der glänzenden Lage, ihren Mitgliedern sogar Beiträge zurückerstatten zu können. Gute Arbeit zahlt sich für die Mitglieder solcher Kassen aus."

Das klingt zu schön, um wahr zu sein – und auch wenn es die komplexen Zusammenhänge angenehm vereinfachen würde – die Realität sieht anders aus.

Denn es sind patientennahe Kassen, die gezwungen wären, von ihren Versicherten eine Zusatzprämie einzufordern. Ein kostspieliges Versorgungsmanagement, freiwillige Leistungen im Bereich der Rehabilitation oder häuslichen Krankenpflege, die Gestaltung von Vertragsstrukturen und die Präsenz vor Ort wären für eine „erfolgreiche" Krankenkasse unnötiger Ballast.

„Erfolgreiches Arbeiten" würde sich in diesem schönen neuen System durch Internetpräsenz und die Beschränkung von Leistungen definieren. Die Gestaltung von sinnvollen Strukturen würde einer Krankenkasse im Wettbewerb um die Zusatzprämie lediglich ökonomischen Schaden verursachen.

Steuerzuschüsse – fraglich

Ob es, wie angekündigt, zu Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds kommen wird, ist fraglich, wie man am Beispiel des Zuschusses aus der Tabaksteuer sehen kann. Ursprünglich sollten die Zahlungen des Bundes dauerhaft 4,2 Milliarden Euro pro Jahr betragen. Dieser Bundeszuschuss zur Finanzierung von sogenannten „versicherungsfremden Leistungen", wie zum Beispiel dem Mutterschaftsgeld, wird aber für 2007 willkürlich auf 1,5 Milliarden Euro zurückgefahren.

Woher neue Steuerzuschüsse kommen sollen, ist noch nicht geklärt. Die Finanzpolitiker verkünden aber schon präventiv, dass dieser Zuschuss nicht aus dem bestehenden Haushalt zu finanzieren sei.

Alternativen – möglich

Es wäre lediglich der politischen Gesichtswahrung der Parteien gedient, wenn das bestehende System aufgelöst und der Neuaufbau eines Systems finanziert wird, das nicht innovativ ist, sondern lediglich dieselben Aufgaben neuen Institutionen zuordnet. Die wirtschaftliche Wachstumsschwäche der vergangenen Jahre und die Rationalisierungsmaßnahmen der Unternehmen haben zu hoher Arbeitslosigkeit und damit zu starken Einnahmeverlusten bei den Krankenkassen geführt. Politisch verschuldete Maßnahmen, wie die drastische Senkung der Beitragssätze zur Krankenversicherung für Arbeitslose, haben die Situation noch verschärft.

Jetzt wird es nichts nützen, das System zu schütteln und neu zusammenzusetzen. Eher hilft es, den Blick auf die Faktoren zu lenken, die von der Politik beeinflusst werden können. Und dazu gehören unter anderem die Beibehaltung des Zuschusses aus der Tabaksteuer von 4,2 Mrd. Euro, die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel, wie dies in anderen europäischen Ländern der Fall ist (statt eine Erhöhung auf 19 Prozent), der konsequente Einbezug der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Einsatz von sinnvollen Wettbewerbs- und Steuerungselementen auf der Leistungserbringerseite.

Mit diesen Elementen könnten – auch über die Legislaturperiode hinaus – Beitragssatzsteigerungen verhindert werden. Die geplante Reform wird hingegen zu nicht absehbaren Kostensteigerungen führen, die den durchschnittlichen Beitragssatz von derzeit 14,25 auf deutlich über 15 Prozent anheben werden.

Mammographie-Screening

Referenzzentrum in Bremen eröffnet

Am 20. Juni wurde in Bremen mit einem Festakt eines der sechs deutschen Referenzzentren für das Mammographie-Screening eröffnet. Dr. Gerold Hecht, der Leiter des Zentrums, und Dr. Arno Krastel, Leiter der Screeningeinheit Bremen, hatten eingeladen, um die Eröffnung des Referenzzentrums zu feiern und um auf das erste Jahr nach dem Übergang vom Modellprojekt Mammographie-Screening in die Regelversorgung zu blicken.

Begonnen haben die Fortbildungsveranstaltungen für das Mammographie-Screening bereits Anfang 2005. Unter der Leitung von Dr. Hecht konnten bis zur offiziellen Eröffnung bereits über 1.000 Ärzte und radiologische Fachkräfte aus ganz Deutschland die Schulungskurse in Bremen besuchen.

Die Fortbildung ist ein Aufgabenbereich des Referenzzentrums. Daneben begleitet das Zentrum die angeschlossenen Screening-Einheiten in Bremen, Niedersachsen, Hamburg und Schleswig-Holstein bei der Qualitätssicherung, der Datensammlung und Evaluation und zur partnerschaftlichen Hilfe bei der Lösung von Problemen.

Erfolgreiches Modellprojekt

Der bundesweiten Einführung des Screenings waren drei Modellprojekte vorangegangen, die in Bremen, Wiesbaden/Rhein-Taunus-Kreis und Weser-Ems die flächendeckende Einführung erproben sollten.

Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Rahmenbedingungen – im Projekt Weser-Ems wurde zum Beispiel ein Screening-Bus eingesetzt, um die Frauen zu erreichen – konnten sehr gute Ergebnisse erzielt werden, die in der Prozess- und Ergebnisqualität die EU-Leitlinien zum Mammographie-Screening sogar übertrafen.

Von 1.000 Teilnehmerinnen des Screenings in Bremen wurde bei 8,7 Frauen Brustkrebs entdeckt. 80 % dieser entdeckten Karzinome waren kleiner als zwei Zentimeter, in einem Stadium also, in dem die Heilungschancen sehr gut sind. Dabei war das Modellprojekt für Bremen mit einer Annahme von nicht einmal 3 zu entdeckenden Fällen bei 1.000 Frauen an den Start gegangen. Ziel des Screenings ist die 30-prozentige Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs durch eine frühstmögliche Erkennung von Tumorherden.

Die Sinnhaftigkeit des Screenings ergibt sich

Das Mammographie-Screening

Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust. Sie kann Veränderungen sichtbar machen, lange bevor sie tastbar sind. Mit dieser Untersuchungsmethode kann der Krebs in einem Stadium entdeckt werden, in dem er gut heilbar ist. Zum Mammographie-Screening eingeladen werden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, da in diesem Alter das Risiko an Brustkrebs zu erkranken besonders hoch ist.

Das Screening ist daher keine Maßnahme, die bei einem konkreten Verdacht durchgeführt wird, sondern es ist die vorsorgliche Untersuchung in einem Altersabschnitt, in dem Frauen besonders gefährdet sind, an Brustkrebs zu erkranken.

Die Qualitätsanforderungen an die befundenden Ärzte im Screening sind sehr hoch. Sie müssen im Jahr die Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen begutachten, um durch ihre Erfahrung die Zuverlässigkeit der Befunde zu gewährleisten. Zudem werden die Aufnahmen immer von zwei Ärzten begutachtet und auffällige Befunde werden im Team besprochen.

Die Teilnahme am Screening ist kostenlos – es fällt auch keine Praxisgebühr an. Die Einladung erfolgt in Bremen durch das Gesundheitsamt. Von dort aus werden die Frauen im Abstand von 2 Jahren persönlich eingeladen.

Karl Nagel (VdAK/AEV Bremen), Gerold Hecht (Referenzzentrum), Arno Krastel (Screening-Einheit Bremen), Till Spiro (Kassenärztliche Vereinigung Bremen), Mechthild Ross-Luttmann (Sozialministerin Niedersachsen, und Eberhard Gramsch (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) bei der Eröffnung des Referenzzentrums.
Foto Christian Beneker

allerdings nicht durch eine möglichst hohe Generierung von Verdachtsfällen, von denen sich dann ein großer Teil als „falsch positiv" herausstellt. Ein wirklicher Gewinn ist das Screening nur, wenn es eine möglichst genaue Treffsicherheit in der Diagnostik vorweisen kann. Denn die Abklärung eines Verdachts bedeutet für die Frau weitere Untersuchungen und eine quälende Zeit der Ungewissheit. Daher liegt der Schlüssel zu einer guten Diagnostik in der Qualität des Ablaufs, der Technik, der Ausbildung der Ärzte und der radiologischen Fachkräfte – und damit als wichtige Aufgabe beim Referenzzentrum Mammographie-Screening.

Sinnvolle Vorsorge

Das Mammographie-Screening ist jetzt ein weiterer Baustein in der Früherkennung von Brustkrebs. Die Tastuntersuchung der Brust und das persönliche Gespräch finden weiterhin in der gynäkologischen Praxis statt und sind im Rahmen der Krebsfrüherkennung unverzichtbar. Wie die Auswertung der Modellprojekte gezeigt hat, ist das Screening allerdings ein sehr gut funktionierender Baustein der Früherkennung.

Daher sehen die Krankenkassen die Kosten des Screenings als sinnvolle Investition in die Gesundheitsvorsorge ihrer Versicherten. In Bremen und Niedersachsen sind etwa 1 Million Frauen zwischen 50 und 69 Jahren anspruchsberechtigt. Bei einer erwarteten Teilnahmequote von rund 55 % ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen Kosten in Höhe von etwa 18 Mio. Euro jährlich. Hinzu kommen rund 1 Mio. Euro für die Einladung der Frauen in Bremen und Niedersachsen sowie die Kosten für die weitere Abklärung bei positiven Befunden.

In Bremen-Stadt stehen zwei Screening-Einheiten zur Verfügung:

Mammographie-Screening Bremen-Mitte
Friedrich-Ebert-Str. 59
28199 Bremen

Mammographie-Screening Bremen-Nord
Gerhard-Rohlfs-Str. 39
28757 Bremen

Weitere Informationen unter
www.mammascreening-bremen.de.

In Bremerhaven ist das Mammographie-Screening noch im Aufbau.

Informationen für Bremerhaven unter
www.mammascreening-bremerhaven.de.

Krankenhausplanung in Bremen

In Bremen werden derzeit Vereinbarungsgespräche über den Krankenhausrahmenplan bis 2009 geführt. In dem mehrstufigen Verfahren verständigen sich die Verbände der Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und einzelne Kliniken über die Kapazitäten in den voll- und teilstationären Bereichen der Bremer Krankenhäuser. Dabei sollen auch Möglichkeiten für Konzentrationsprozesse definiert werden.

Grundlage für die Vereinbarungsgespräche ist der vom Senator für Gesundheit aufgestellte Entwurf eines Rahmenplans. Nach Abschluss der Strukturgespräche fließen deren Ergebnisse in die Planung ein. Als verantwortliche Behörde für die stationäre Versorgung in Bremen stellt der Senator für Gesundheit auf dieser Grundlage den Landeskrankenhausplan auf.

Viel Bewegung

Vor dem Hintergrund der Einführung von DRGs (Diagnosis Relatet Groups) verändert sich die Struktur der Krankenhauslandschaft bundesweit. Das neue System der Fallpauschalen hat inzwischen die Abrechnung über Tagessätze abgelöst und damit eine Vergleichbarkeit von Preis und Leistung der einzelnen Häuser möglich gemacht. Gleichzeitig wurde damit ein Prozess angestoßen, der die internen Strukturen der Kliniken aufbricht und modernisiert.

Wie im gesamten Bundesgebiet, muss sich auch in Bremen die stationäre Behandlung auf eine Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen einstellen. Bei gleichbleibenden Fallzahlen entwickelt sich durch die älter werdende Bevölkerung eine stärkere Nachfrage höherer Altersgruppen. Zudem verändert sich durch die Weiterentwicklung der komplementären Bereiche der ambulanten und integrierten Versorgung das Krankheitsspektrum auf schwerere Fälle, die medizinisch und pflegerisch ein konzentriertes Versorgungsniveau in den Krankenhäusern voraussetzen.

Profilbildung im Wettbewerb

Das niedersächsische Umland befindet sich zum Teil in ähnlichen Prozessen, durch die eine Spezialisierung von Krankenhäusern zu beobachten ist. Zukünftig müssen die Bremer Krankenhäuser durchaus den Wettbewerb mit Rotenburg, Oldenburg, Cuxhaven, Delmenhorst und Verden fürchten. Entsprechend ist die Bremer Krankenhausplanung auf mehr Wettbewerb und eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgerichtet.

Um den Anteil niedersächsischer Patienten in den Bremer Kliniken von derzeit über 38 Prozent zu erhalten und möglichst auszubauen, muss Bremen sich durch eine akzentuierte Versorgungslandschaft auszeichnen. Dazu ist es allerdings notwendig, dass die bisher eher zaghaft eingeschlagene Entwicklung zur Leistungskonzentration energisch fortgeführt wird und alle Bremer Krankenhäuser – kommunale sowie freie-gemeinnützige – gemeinsam zukunftsfähige Versorgungsstrukturen gestalten.

Beispiel Kopfzentrum

Versorgungsschwerpunkte werden heute interdisziplinär nach Diagnosen gebildet und nicht mehr über eine an Methoden orientierte Gliederung der Disziplinen, wie man am Beispiel des Kopfzentrums am Klinikum Bremen-Mitte feststellen kann. Befanden sich früher Stroke-Unit (Akutbehandlung bei Schlaganfällen) und Neurologie in unterschiedlichen Krankenhäusern, werden beide Bereiche jetzt im „Kopfzentrum“ des Klinkums Bremen-Mitte vorgehalten, wo auch andere Diagnosen des Kopf- und Halsbereichs, wie Tumorerkrankungen, Fehlbildungssyndrome und Infektionen interdisziplinär behandelt werden können.

Auf Grundlage des Krankenhausrahmenplans führen die Kassen derzeit Gespräche mit den einzelnen Kliniken, um die Weiterentwicklung zu solchen Versorgungsschwerpunkten in Bremen zu realisieren.

Ein Hemmnis auf diesem Weg ist allerdings die pauschale Investitionsförderung des Landes Bremen, deren Höhe sich im Wesentlichen an der Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses orientiert. Die Krankenkassen haben daher eine Entkoppelung der Betten von den Investitionen vorgeschlagen, damit der Abbau von Betten nicht zwangsläufig zur Kürzung von Investitionen für bauliche Maßnahmen der Krankenhäuser führt.

Eine Übersicht über die Ergebnisse der Planungsgespräche werden wir in der nächsten Ausgabe des Länderreports veröffentlichen.

Krankenkassen unterstützen ambulante Hospizdienste

Förderung steigt in 2006 auf 182.000 Euro

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

Seit 2002 ist es gesetzlich möglich, dass die Krankenkassen diese ehrenamtliche Sterbebegleitung unterstützen, um den weiteren Auf- und Ausbau von Hospizdiensten zu erreichen. Seitdem fördern die Bremer Kassen deren Arbeit mit steigenden Zuschüssen von anfangs 90.000 auf 182.000 Euro in 2006. Die Fördersumme hat sich somit seit Beginn der Unterstützung verdoppelt.

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

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

Neben der ambulanten Versorgung zu Hause ist die stationäre Betreuung eine weitere Möglichkeit, die letzte Phase des Lebens zu gestalten. In Bremen ist die stationäre Sterbebegleitung im Bremer Hospiz: Brücke, das ebenfalls von den Krankenkassen unterstützt wird sowie in den palliativ-medizinischen Einheiten des Klinikums Links der Weser in Bremen und des St.-Joseph-Hospitals in Bremerhaven möglich.

Ersatzkassenforum in Bremen

Mittwoch, 4. Oktober 2006, 14.00 Uhr, im Hotel Hilton

Fonds, Prämien, Staatseinfluss:
Wie wird sich die Gesundheitsreform auswirken?

Die Gesundheitsreform war als Prestigeobjekt der Regierungskoalition gestartet und wird seit Bekanntwerden der Eckpunkte sehr infrage gestellt. Nicht nur die Krankenkassen und deren Verbände sehen die Elemente Fonds, Prämien und Staatseinfluss kritisch und fragen, wie der gewünschte Wettbewerb mit diesen Instrumenten verwirklicht werden soll.

Mit dem Ersatzkassenforum sollen die zentralen Elemente der Reform aufgegriffen und im Hinblick auf ihre wettbewerbliche Wirkung und ihre Effekte auf die Strukturen und Kosten unseres Gesundheitswesens erörtert werden.

Referate

Dr. Rolf Koschorrek, MdB
(CDU/CSU) Mitglied des Ausschusses für Gesundheit im Bundestag

Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende des VdAK und AEV, Siegburg

Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin.

Anschließend Diskussion mit den Referenten und Dr. Till Spiro,
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

Anmeldungen telefonisch unter 0421-165656 oder per Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de

Ersatzkassen erstatten VHS-Kurse

Seit der Deutsche Volkshochschulverband (DVV) und die Ersatzkassenverbände vor drei Jahren die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung vereinbart haben, werden VHS-Kurse, die vereinbarten Präventions-Kriterien entsprechen, von den Ersatzkassen bezuschusst oder komplett übernommen.

Die Förderung nach Paragraph 20 SGB V ist eine Teilnahmeförderung – sie kommt direkt den Versicherten zugute. Den Teilnehmenden wird die Kursgebühr zu einem bestimmten Prozentsatz (je nach Kasse zwischen 80 und 100 Prozent) von ihrer Ersatzkasse erstattet, wenn sie an mindestens 80 Prozent der Kursstunden teilgenommen haben.

Yoga, Rückentraining, Anti-Stress-Kurse, Qigong, Ernährungskurse für Kinder und Erwachsene oder Raucherentwöhnung – diese und weitere Kursangebote der VHS sind erstattungsfähig. Auch im aktuellen Herbst/Winter-Semester können die Volkshochschulen in Bremen und Bremerhaven wieder viele Kurse anbieten, die von den Versicherten der Ersatzkassen bisher gut besucht wurden.

Besonders im Hinblick auf chronische Krankheiten wird die Bedeutung der Prävention mehr und mehr wahrgenommen. Dazu Ulla Voigt, Leiterin des Gesundheitszentrums an der Bremer Volkshochschule: „Die Volkshochschulen klären auf über gesundheitsfördernde Strategien durch Kennenlernen, Ausprobieren, Hinterfragen bewährter Gesundheitsverfahren und unterstützen mit ihrem Bildungsangebot gesundheitsorientiertes Handeln im Alltag“.

Aus der Reihe „VHS – Gemeinsam Gesundheit erleben“, erschienen im Klett-Verlag.

Kurz gemeldet

- Neue Staatsrätin des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ist **Dr. Birgit Weihrauch**. Sie hat das Amt von Staatsrat Dr. Knigge übernommen, der im Zuge der Affäre um den ehemaligen Leiter des Klinikums Bremen Ost, Andreas Lindner, zurückgetreten ist.
- Durch das **Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)** fällt für viele Arzneimittel die Zuzahlung weg. Die Regelung gilt seit dem 1. Juli für Medikamente, die mindestens 30 Prozent unter den Festbeträgen für Arzneimittel liegen. Die Listen der zuzahlungsbefreiten Produkte sind im Internet unter www.gkv.info zu finden und werden alle zwei Wochen aktualisiert.
- Für **Schmerzpatienten und sterbenskranke Menschen** wurde am Klinikum Links der Weser die Klinik für Palliativmedizin und Schmerztherapie eröffnet. Sie ist aus der Abteilung für Schmerztherapie und der Palliativstation entstanden. Chefarzt der neuen Klinik ist der Schmerzspezialist Dr. Hans-Joachim Willenbrink.

Impressum

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Benningsenstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de