

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE IM DIALOG MIT DER LANDESPOLITIK Gutachten Krankenhausplanung 2.0 vorgestellt | INNOVATIVER VERSORGUNGSVERTRAG im Kampf gegen Brustkrebs | RATGEBER FÜR SELBSTHILFEGRUPPEN „Ungleiche Partner“

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2015

### BERUF UND FAMILIE

## vdek erneut zertifiziert



FOTO: blueesign - Fotolia.com

Der Verband der Ersatzkassen wurde für seine familienfreundliche Personalpolitik wiederholt mit dem Zertifikat „audit berufundfamilie“ ausgezeichnet. Um das Qualitätssiegel zu erhalten, ließ sich der vdek eingehend von der Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung „berufundfamilie gGmbH“ prüfen. Vor allem der weitere Ausbau von familienfreundlichen Angeboten stand dabei im Vordergrund.

Seit der Erstzertifizierung des vdek im Jahr 2012 durchdringt das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunehmend den Verband. Dies gelang durch eine konsequente Sensibilisierung der Führungskräfte und die Schaffung entsprechender Feedbackstrukturen. Dazu zählen beispielsweise Mitarbeiterbefragungen, die Benennung eines Ansprechpartners in Fragen Familie und Beruf sowie die Einrichtung einer umfassenden Informationsplattform für die Mitarbeiter.

### HOSPIZ- UND PALLIATIVGESETZ

## Zur rechten Zeit, mit guten Zielsetzungen

Das Hospiz- und Palliativgesetz, das im Entwurf vorliegt und in diesem Herbst vom Deutschen Bundestag verabschiedet werden soll, kommt zur rechten Zeit und bringt notwendige Regelungen zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.

Die Hospiz- und Palliativversorgung – Palliativ Care – ist ein relativ junger Zweig des Medizinbetriebs in Deutschland. 1983 wurde die erste palliativmedizinische Einrichtung in Köln und 1986 das erste Hospiz in Aachen eröffnet. In den 1990er Jahren formierten sich die Organisationsstrukturen von Palliativ Care. Der Deutsche Hospizverband wurde 1992 gegründet. Ihm folgte die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 1995 wurde die Deutsche Hospizstiftung ins Leben gerufen, die jetzt als Deutsche Stiftung Patientenschutz firmiert.

Auch in Bayern gab sich die Hospizbewegung schrittweise Strukturen: 1991 entstand der Bayerische Hospiz- und Palliativverband, 1999 wurde die Hospizstiftung gegründet und seit 2010 besteht das Bayerische Hospiz- und Palliativbündnis.

### Zügiger Aufbau palliativmedizinischer Strukturen

Seit Beginn des Jahrhunderts erlebte Palliativ Care einen regelrechten Boom. In kürzester Zeit entstanden sowohl

allgemeine als auch spezialisierte Versorgungsstrukturen, die im ambulanten wie im stationären Bereich angesiedelt sind. Deutschland verfügt derzeit über 228 Hospize, 15 davon sind Kinderhospize. Die Zahl der ambulanten Hospizdienste beläuft sich auf 841 bundesweit. An 306 deutschen Krankenhäusern arbeiten Palliativstationen.

Analog verlief die Entwicklung in Bayern. Den sterbenskranken Menschen stehen 16 stationäre Hospize (eines davon ist für Kinder), fast 100 ambulante Hospizdienste (davon 16 für Kinder) sowie 32 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur Verfügung. Fast 100 bayerische Krankenhäuser verfügen über Palliativstationen und palliativmedizinische Angebote.

### Einmaliges finanzielles Engagement der Krankenkassen

Ohne finanzielles Engagement der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wäre diese rasante Entwicklung im Bund und im Freistaat nicht möglich gewesen. Die gesetzlichen Krankenkassen investierten



KOMMENTAR

# Gemeinsam Herausforderung meistern!



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

FOTO: vdek

Zu den originären Aufgaben der Krankenkassen gehört die Sicherstellung von medizinischen und pflegerischen Leistungen für ihre Versicherten in jeder Lebenslage und in jedem Lebensalter, das heißt: von der Wiege bis zur Bahre. Genauso wie der Versorgung am Lebensanfang, kommt auch der Versorgung am Lebensende nicht nur eine hohe ethische, sondern auch eine medizinisch-fachliche Bedeutung bei. Die Ersatzkassen haben sich ausdrücklich dazu verpflichtet, das Leiden von Sterbenden mit medizinischen Mitteln soweit wie möglich zu erleichtern und – soweit es in ihrer Macht steht – den Sterbenden bei einem würdevollen, selbst bestimmten Abschied vom Leben zur Seite zu stehen.

Seit Jahren leisten die Ersatzkassen einen gewichtigen Beitrag auf dem Felde von Palliative Care. Es geht dabei nicht vorrangig oder allein um die Finanzierung der Hospiz- und Palliativstrukturen, sondern darüber hinaus auch um die Organisation und Gestaltung innovativer medizinischer Versorgung, die bis vor wenigen Jahren noch undenkbar schien. Trotz dieses großen Engagements der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und bleibt Palliativ Care eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, die tief im Bewusstsein aller gesellschaftlichen Gruppen wurzeln muss.



in den zurückliegenden Jahren massiv in die Schaffung und Unterhaltung einer völlig neuen medizinischen Versorgung. Ihre Ausgaben stiegen im ambulanten Bereich von 0,8 Millionen Euro im Jahr 2007 auf 263,6 Millionen 2014. Im gleichen Zeitraum erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen im stationären Bereich von 65,4 auf 144,3 Millionen Euro. Binnen acht Jahre haben sich die Gesamtinvestitionen der GKV in Palliativ Care versechsfacht! Solche Steigerungen waren in keinem anderen Medizinbereich in diesen Jahren zu verzeichnen. Und das ist kein Zufall.

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und seine Mitglieder haben sich dem versorgungspolitischen Ziel verpflichtet, ihren Versicherten in der letzten Lebensphase die bestmögliche Lebensqualität und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Der vdek hat sich aktiv bei der Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ eingebracht und trägt die damit verbundenen Zielsetzungen uneingeschränkt mit. Damit bringt sich der Verband der Ersatzkassen aktiv in die Förderung der Hospizkultur in Deutschland ein und trägt nachhaltig zur Stärkung von Palliativ Care im Lande bei.

Die Ersatzkassengemeinschaft begrüßt ausdrücklich das im Entwurf vorliegende Hospiz- und Palliativgesetz und sieht in ihm eine große Chance, das vorhandene Versorgungsangebot weiter konstruktiv auszubauen. Denn trotz der Fortschritte

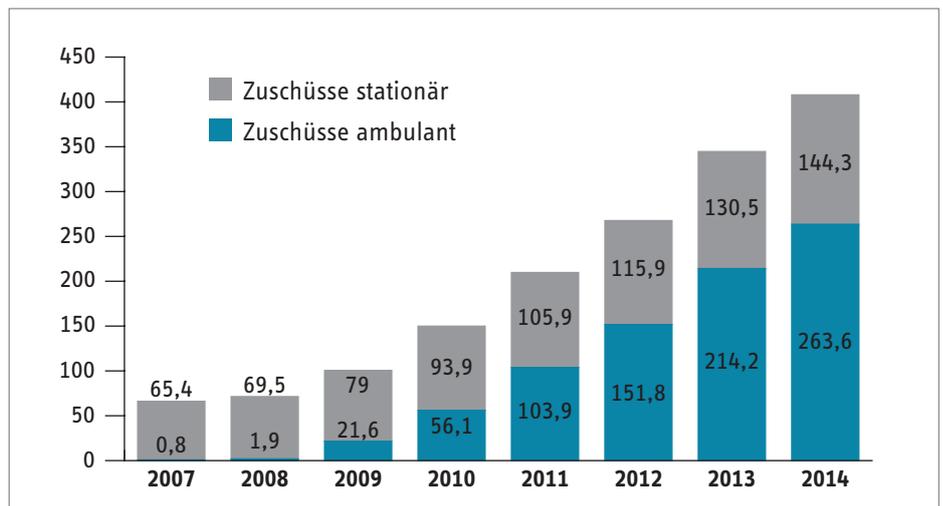
der letzten Jahre bestehen weiterhin einige Lücken und regionale Unterschiede in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Der vdek setzt sich deshalb dafür ein, dass die notwendigen Versorgungsstrukturen gefestigt sowie sach- und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Das neue Gesetz sorgt für die dafür notwendigen Rahmenbedingungen.

## Maßnahmen zur Stärkung von Palliativ Care

Die Ersatzkassen befürworten die Absicht des Gesetzgebers, Palliativ Care zu stärken. Dazu wird unter anderem die Sterbebegleitung als Bestandteil des Versorgungsauf-

## »Palliativ Care – Bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase und ein Sterben in Würde«

trages der Sozialen Pflegeversicherung etabliert. Außerdem soll die Information und Beratung der Patienten und ihrer Familienangehörigen optimiert werden, indem die Versicherten einen neuen Anspruch erhalten, sich von der Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Hospiz- und Palliativleistungen individuell beraten zu lassen. Die Pflegeheime werden zukünftig verpflichtet, Transparenz darüber



GKV-ZUSCHÜSSE für Palliativ Care 2007 - 2014, in Mio. Euro

FOTO: Bundesgesundheitsministerium



FOTO: Ockay Bence – Fotolia.com

zu schaffen, ob und inwieweit sie mit Hospizdiensten zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen können eine individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende anbieten. Die Ersatzkassen halten diese Maßnahmen für geeignet, den Stellenwert von Palliative Care ins versorgungspolitische Bewusstsein aller beteiligten Akteure zu rücken.

Wie in kaum einem anderen Versorgungsbereich ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von medizinischen und pflegerischen Kräften von so großer Bedeutung. Bei Palliative Care bedarf es einer qualifizierten, multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, die notwendigerweise koordiniert werden muss. Der Gesetzentwurf billigt den Vertragsärzten die koordinierende Aufgabe in der ambulanten Palliativversorgung zu. Der vdek ist der Meinung, dass dieser Ansatz richtig ist. Denn nur durch die Koordination des Hausarztes und durch die enge Zusammenarbeit der ambulanten Pflegedienste und örtlichen Hospizdienste kann eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden.

### Nicht alle Gesetzesmaßnahmen sinnvoll

Nicht alle Maßnahmen, die im Gesetzentwurf für den weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorgesehen sind, sind nach

Auffassung der Ersatzkassen sinnvoll. Während die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs in Gestalt einer unabhängigen Schiedsperson zielführend ist, erscheinen die vorgesehenen Selektivverträge mit den SAPV-Teams als fragwürdig. Die palliativmedizinische Versorgung kann erfahrungsgemäß nur dann effektiv erfolgen, wenn sich die allgemeine ambulante und die spezialisierte Palliativversorgung gegenseitig ergänzen. Am besten kann dies in einem Kollektivvertrag geregelt werden. Die Ersatzkassen meinen, dass die Palliative Care kein Wettbewerbsfeld ist und daher keine Selektivverträge braucht.

Der Gesetzgeber hat vor, stationäre Hospize finanziell stärker zu unterstützen. Zu einem ist vorgesehen, den Mindestzuschuss der Krankenkassen für Erwachsene zu erhöhen. Die Ersatzkassen bezweifeln, dass diese Erhöhung zu dem erklärten Ziel, nämlich regionale Unterschiede bei stationären Hospizen abzubauen, führen wird, da sie nach dem Gießkannenprinzip erfolgen soll. Zum anderen wird der Zuschuss der Krankenkassen zu den zuschussfähigen Kosten von 90 auf 95 Prozent angehoben. Die Ersatzkassen finden es gut, dass diese Erhöhung damit flankiert wird, dass zukünftig einheitliche Standards zu Umfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen in einer Rahmenvereinbarung festgelegt werden

sollen. Auf diesem Wege kann die notwendige Transparenz über die Kalkulationsgrundlagen der stationären Hospize geschaffen werden.

### Fazit

Das Hospiz- und Palliativgesetz ist eine im Großen und Ganzen richtige politische Entscheidung. Das Gesetz hilft die Rahmenbedingungen von Palliativ Care zu aktualisieren und zukunftsorientiert zu machen. Es stärkt die Ansprüche der Patienten und ermöglicht ihnen eine menschenwürdige Versorgung im letzten Lebensabschnitt und sichert eine zuverlässige Finanzierung von Palliative Care. Das Gesetz ist ein wichtiger Beitrag zur Etablierung einer umfassenden Hospiz- und Palliativkultur in Deutschland.

### Terminhinweis

Wir möchten unsere Leser auf die diesjährige vdek-Fachtagung aufmerksam machen. Sie findet unter dem Titel „Palliativ Care – Medizinische Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ am 6. Oktober 2015, zwischen 10:00 und 13:00 Uhr, im Konferenzzentrum München der Hanns-Seidel-Stiftung in der Lazarettstraße 33 statt.

Alois Glück, der Präsident des Zentralkomitees der deutschen Katholiken, wird einen Grundsatzvortrag zum Thema „Palliativ Care – eine große Gemeinschaftsaufgabe“ halten. Die Vorstandsvorsitzende des vdek Ulrike Elsner wird über den Beitrag der Ersatzkassen zur hospiz- und palliativmedizinischen Versorgung referieren. Die CSU-Bundestagsabgeordnete Emmi Zeulner informiert über die bevorstehende Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes. Unter der Fragestellung „Sterben in Würde – für jedermann?“ wird Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Chefarzt für Palliativmedizin am Krankenhaus Agatharied, aus der Praxis berichten.

Falls Sie an der Fachtagung teilnehmen möchten, melden Sie sich bitte bis zum 25. September 2015 per E-Mail unter [miriam.weber@vdek.com](mailto:miriam.weber@vdek.com) an. ■

# Gutachten Krankenhausplanung 2.0 vorgestellt

Die Qualität der Krankenhausversorgung hängt entscheidend von der Krankenhausplanung der Länder ab. Die Tatsache, dass die Landesplanung in den zurückliegenden Jahren in der Regel nur historisch fortgeschrieben wurde, hat geradezu zwangsläufig zu erheblichen Strukturproblemen in der stationären Versorgung geführt. Diese Probleme können nicht durch mehr Geld, sondern nur durch eine grundlegende Überarbeitung der Planungsgrundsätze beseitigt werden.



FOTO: Volker Werner - Fotolia.com

**W**ie eine solche Überarbeitung aussehen könnte und welche Wege beschritten werden müssen, um die Krankenhausstrukturen in Deutschland den veränderten Bedürfnissen der Patienten zu Beginn des 21. Jahrhunderts anzupassen, dazu finden sich in einem Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) unter dem Titel „Krankenhausplanung 2.0“ wichtige Anregungen.

Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, Dr. Ralf Langejürgen, hat zusammen mit einem der Väter des Gutachtens, dem Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim RWI, Dr. Boris Augurzky, die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag über die Inhalte des Gutachtens und die konkreten Vorschläge an die Politik informiert. Die umfangreiche Berichterstattung fand im Rahmen einer Ausschusssitzung in den Räumen des Maximilianeums in München statt.

## Problemlage von heute, Ursachen von gestern

Bei der Bewertung der Ausgangssituation merkte Dr. Augurzky kritisch an, dass viele Probleme, mit denen die Krankenhäuser heute konfrontiert werden, Ausfluss einer historisch gewachsenen länderspezifischen Krankenhauslandschaft und deren schlichter Fortschreibung sind. Es gibt zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausedichte, zu wenig Spezialisierung und keine klare Qualitätsorientierung der Kliniken.

Die Wirtschaftslage der Krankenhäuser verschlechtert sich von Jahr zu Jahr. Laut RWI waren fast 15 Prozent der deutschen Krankenhäuser 2013 von der Insolvenz bedroht. Drei von zehn Krankenhäusern bundesweit schlossen das Jahr 2013 mit Verlusten ab. In Bayern ist die Lage noch dramatischer: Hier erwirtschafteten vier von zehn Kliniken einen Jahresverlust.

Nach RWI-Angaben stieg die Ausfallwahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Bedienung von Krediten bei den Krankenhäusern in Deutschland in den Jahren 2010 bis 2013 kontinuierlich von 0,77 auf 1,33 Prozent. Unter dem Begriff Ausfallwahrscheinlichkeit versteht man die Wahrscheinlichkeit, mit der der Schuldner in Zukunft nicht in der Lage ist, seinen Kredit zu bedienen. In Bayern lag die Ausfallwahrscheinlichkeit überdurchschnittlich bei 2,03 Prozent. Damit belegt der Freistaat einen problematischen dritten Platz im Länderranking.

In seinem Vortrag stellte Dr. Augurzky fest, dass die Investitionen der Länder in die Krankenhäuser laufend zurückgehen. Der Anteil der staatlichen Investitionsmittel am Gesamtumsatz der Krankenhäuser hat sich von 1991 auf 2013 mehr als halbiert: von rund 10 auf knapp über vier Prozent. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in Bayern festzustellen. Hier ging die staatliche Krankenhausförderung im genannten Zeitraum absolut von 664,7 auf 500 Millionen Euro zurück. Unter Berücksichtigung der Inflationsentwicklung fällt das Minus noch erheblich deutlicher aus.

## Krankenhäuser leben von der Substanz

Die im RWI-Gutachten gestellte Diagnose: Deutsche Krankenhäuser leben von der Substanz. Der Kapitaleinsatz, das heißt das Sachanlagenvermögen in Cent je ein Euro Gesamterlöse, sank in Deutschland von 71,3 auf 67,7 Cent in den Jahren 2010 bis 2013. Der Kapitaleinsatz in den bayerischen Krankenhäusern lag mit 64 Cent je Euro Gesamterlöse unter dem Bundesdurchschnitt.

Nach Jahren des reformerischen Stillstandes bietet sich im Rahmen der aktuellen Krankenhausreform nun die Möglichkeit, die bestehenden Probleme anzupacken und Lösungen dafür zu finden. Das vom RWI vorgeschlagene Konzept einer erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung liefert wichtige Impulse für eine

durchgreifende Umorientierung – weg von der historischen Fortschreibung der Krankenhauspläne, hin zu einer bedarfs- bzw. patientenorientierten Planung. So ist die Erreichbarkeit der verschiedenen Krankentypen – laut RWI – bereits jetzt sehr gut. 99,6 Prozent der Bevölkerung können ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung binnen 30 Minuten erreichen. Bei den Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, wo der Orientierungswert für die Erreichbarkeit bei 60 Minuten liegt – kommen wir aktuell auf eine Erreichbarkeitsquote von 96,3 Prozent. Weitere wichtige Anregungen gibt das Gutachten im Zusammenhang mit der im Kabinettsentwurf des Krankenhausreformgesetzes geplanten Etablierung des Faktors Qualität als festes Kriterium der Krankenhausplanung. Auch hier gibt es erheblichen Optimierungsbedarf, der dringend angegangen werden muss.

### Qualitätskriterien als Mittel der Strukturreform

Die Gutachter sind der Überzeugung, dass es mit der Verpflichtung der Krankenhäuser auf feste Qualitätskriterien gelingen könnte, die verkrusteten Strukturen in der Krankenhauslandschaft aufzubrechen. Krankenhäuser, die längerfristig schlechte Qualität oder unnötige Operationen durchführen, könnten von der Versorgung ausgeschlossen werden. Dagegen würden die Krankenhäuser profitieren, die eine besonders gute Qualität nachweisen. Mit ihnen könnten Zusatzvereinbarungen in Form von sogenannten Add-on-Verträgen geschlossen werden.

Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern stellte in seinem Beitrag fest, dass, viele konzeptionelle Überlegungen der Ersatzkassen, insbesondere zu den bundesweit einheitlichen Qualitätsindikatoren und Planungskriterien, sich erfreulicherweise im Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung wiederfinden. Zukünftig wird es darauf ankommen, die Krankenhausplanung und die Qualitätsstrukturen in der stationären Versorgung zukunftsfähig zu machen.

### Vor hohen Reformkosten gewarnt

Bei dieser Gelegenheit warnte Dr. Langejürgen vor den hohen Kosten des Reformvorhabens. Zusammen mit den anderen derzeit geplanten Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen verursacht die Krankenhausreform nach aktuellem Stand bis zum Jahr 2020 Mehrausgaben in Höhe von insgesamt 5,3 Milliarden Euro oder ca. 0,5 Beitragssatzpunkte. Diese Kosten müssten allein die gesetzlich Krankenversicherten über Zusatzbeiträge schultern. Hier muss die Politik dringend noch einmal nachbessern.

Nach der Präsentation des Gutachtens fand eine lebhaft Diskussionsrunde statt, in der die Abgeordneten übereinstimmend feststellten, dass die vorgestellten Vorschläge eine sehr gute Diskussionsgrundlage für Bayern darstellen. Der Leiter der vdek-Landesvertretung schlug deshalb vor, den Dialog zum Thema Krankenhausplanung und -versorgung unbedingt fortzusetzen. ■

## UNGLEICHE PARTNER

# Ein Ratgeber für Selbsthilfegruppen

Die aktualisierte und erweiterte Ausgabe der Broschüre „Ungleiche Partner – Patientenselbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitssektor“ liegt vor. Es ist ein nützlicher Ratgeber für die gesundheitlichen Selbsthilfegruppen im Umgang mit den Spenden der Pharma- und Medizinproduktehersteller. Getragen vom ehrenamtlichen Engagement

sind die Selbsthilfegruppen auf finanzielle Unterstützung Dritter angewiesen. Eine der Quellen sind die Spendengelder aus der Pharmaindustrie. Bei dieser Hilfeleistung ist allerdings Vorsicht geboten, weil sie von eigennützligen Interessen des Spenders geleitet werden könnte.

Die Unabhängigkeit der gesundheitlichen Selbsthilfe ist ein hohes Gut und darf nicht gefährdet werden. Daher sollten die Selbsthilfegruppen im Umgang mit den Pharmaindustriegeldern besonders wachsam sein, weil die Einflussnahme oft subtil und schwer erkennbar ist und finanzielle Zuwendungen eventuell unbeabsichtigte Abhängigkeiten schaffen könnten.

Transparenz ist das beste Mittel, um begründete oder spekulative Verdachtsmomente ein für alle Mal zu beseitigen. Nach diesem Grundprinzip läuft beispielsweise die Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfegruppen seitens der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände in Bayern. Als Förderer wissen sie, wie das Geld bis auf den letzten Cent unter den Selbsthilfegruppen verteilt wird, und können die Verteilung der Fördergelder bei Nachfragen offenlegen.

An Spenden und Sponsoring der Pharmaunternehmen ist nichts auszusetzen. Dringend notwendig ist jedoch die Offenlegung von Geldflüssen. Die Pharmaindustrie sollte mindestens einmal im Jahr detailliert über ihre finanziellen Zuwendungen für die gesundheitlichen Selbsthilfegruppen berichten. Sehr hilfreich wäre die Einrichtung eines Förderfonds, in den die spendenwilligen Unternehmen einzahlen könnten. Eine unabhängige Instanz könnte dann das Geld bedarfsorientiert an die Selbsthilfegruppen verteilen.

Die vdek-Broschüre steht als Datei zum Download bereit. Die Internetadresse lautet [www.vdek.com/vertragspartner/selbsthilfe.html](http://www.vdek.com/vertragspartner/selbsthilfe.html)



# Wegweisende Verträge im Kampf gegen Brustkrebs

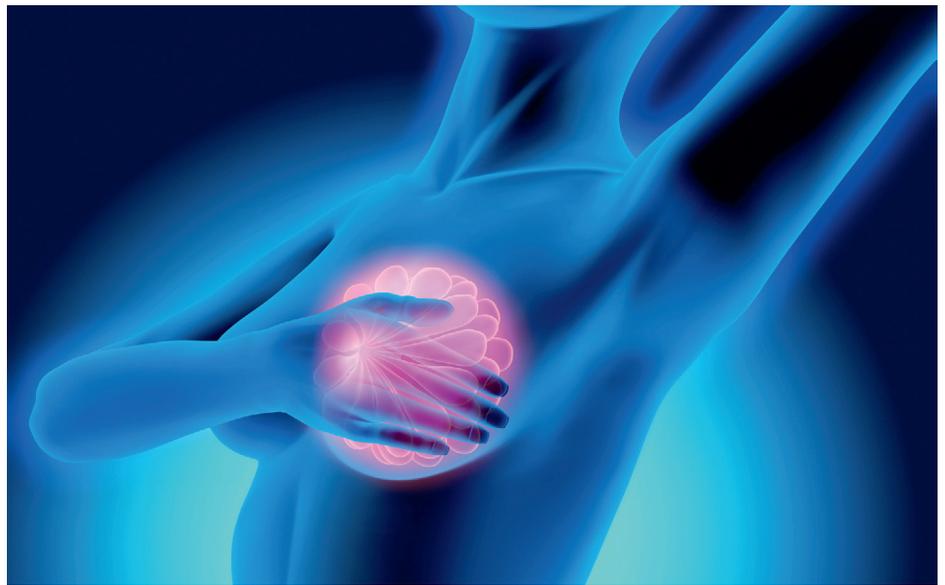
In der onkologischen Therapie setzen die Ersatzkassen auf medizinische Hochtechnologie. Beispielhaft dafür ist die integrierte Versorgung von Patienten mit Brust- und Eierstockkrebs, die an drei Standorten in Bayern angeboten wird.

**Z**u den häufigsten Krebserkrankungen bei weiblichen Patienten gehört Brustkrebs. Fast 70.000 Frauen in Deutschland erkranken jährlich daran. Nicht zuletzt durch die Berichte über prominente Betroffene wurde das Thema Brustkrebs in den letzten Jahren auch in der Öffentlichkeit präsenter. In einigen Familien tritt die Erkrankung gehäuft und bereits in frühem Alter auf, manchmal auch zusammen mit Eierstockkrebs bei Frauen oder Brustkrebserkrankungen bei Männern. Wenn in diesen Familien mit einem Gentest nachgewiesen werden kann, dass die Erkrankung vererbbar ist, spricht man von familiär bedingtem Brustkrebs. Schätzungsweise 15 bis 20 Prozent aller Brustkrebserkrankungen sind auf einen angeborenen Gendefekt in einem der Risiko-Gene BRCA 1 oder BRCA 2 zurückzuführen.

## BREK-Zentren als Vertragspartner

Seit Ende der neunziger Jahre haben sich bundesweit an verschiedenen Universitätskliniken die Brust- und Eierstockkrebs-Zentren (BREK-Zentren) etabliert, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Frauen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko für genetisch bedingten Brustkrebs frühzeitig zu identifizieren und deren Risiko für den Ausbruch der Erkrankung zu bestimmen. Ziel ist es, den Erkrankungsverlauf für die Patienten erträglicher zu machen und die Zahl der Neuerkrankungen zu senken.

Die BREK-Zentren arbeiten unter dem Dach des Deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs



zusammen. Dies ist ein Zusammenschluss von bundesweit 15 universitären BREK-Zentren, die mit nationalen und internationalen Kooperationspartnern vernetzt sind und die vorhandene Erfahrungen aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung kontinuierlich bündeln.

In den BREK-Zentren arbeiten interdisziplinär die Fachbereiche für Brust- und Eierstockerkrankungen, Humangenetik, Gynäkologie, internistische Onkologie, Radiologie und Psychoonkologie zusammen. Es erfolgt eine zentrale Dokumentation und Auswertung der Beratung und Behandlung der Patienten. Dies dient zum einen der wissenschaftlichen Forschung und Evaluation, zum anderen auch der Weiterentwicklung eines qualitätsgesicherten Versorgungsprogramms. Aufgrund des außerordentlich hohen Erkrankungsrisikos benötigen die betroffenen Frauen umfangreiche präventive Maßnahmen. Dies gilt auch für bereits erkrankte Frauen, denn das Risiko,

nach einer überstandenen Ersterkrankung noch einmal an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken, ist bei Ihnen ebenfalls erhöht. Eine engmaschige Nachsorge ist daher geboten.

## Verträge sichern optimale medizinische Versorgung

Um ihren betroffenen Versicherten und deren Angehörigen eine strukturierte Diagnostik, Behandlung und vor allem auch Beratung anbieten zu können, haben die Ersatzkassen bundesweit mit den BREK-Zentren entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen. Für die Ersatzkassenversicherten und deren Angehörige wird durch die BREK-Verträge eine umfassende integrierte Versorgung organisiert, die auf eine valide Feststellung des tatsächlichen Erkrankungsrisikos abzielt. Die neuen Krankheitsfälle sollen mittels Beratung und präventiven, prophylaktischen oder

therapeutischen Maßnahmen vermieden werden. Im Erkrankungsfall sollen die Patienten eine optimale medizinische Behandlung erhalten.

### Pioniere in Bayern

Zu den Vertragspartnern in Bayern gehören die BREK-Zentren in München, Regensburg und Würzburg. Das Zentrum für erblichen Brust- und Eierstockkrebs München ist in Kooperation zwischen der Frauenklinik am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität und der Frauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität entstanden. Das Zentrum gehört zu den Pionieren auf dem Gebiet des erblichen Brust- und Eierstockkrebses in der Bundesrepublik. Seit mehr als zehn Jahren bestehen bereits Vertragsbeziehungen mit den Ersatzkassen in Bayern. 2014 wurde ein integrierter Versorgungsvertrag geschlossen. Um das Versorgungsangebot für ihre Versicherten weiter zu optimieren, haben die Ersatzkassen den Vertrag mit dem Münchener BREK-Zentrum nun aktuell um weitere Zusatzmodule ergänzt, die den neuesten wissenschaftlichen Er-

### **»In der onkologischen Therapie setzen die Ersatzkassen auf medizinische Hochtechnologie. Die integrierte Versorgung von Patienten mit Brust- und Eierstockkrebs ist ein Beispiel dafür.«**

kenntnissen und medizinischen Behandlungskonzepten entsprechend Rechnung tragen. Damit gilt der Münchener Vertrag bundesweit als Mustervorlage für weitere Verträge auf diesem Versorgungsgebiet. Die Ersatzkassen werden sukzessive die bestehenden Verträge mit den BREK-Zentren in Regensburg und Würzburg mit neuen Vertragsmodulen analog dem Münchener Vertrag ausstatten, um die BREK-Versorgung bayernweit flächendeckend zu gewährleisten. ■

## ZWISCHENBILANZ

# Zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Am 21. Juni 2013 wurde mit dem Verband der Ersatzkassen ein Vertrag über die integrierte Versorgung geschlossen. Seit nunmehr zwei Jahren können Patientinnen und Ratsuchende aus betroffenen Familien das umfangreiche Gesamtangebot nutzen.

Das Versorgungspaket beinhaltet die interdisziplinäre Beratung in den Bereichen Humangenetik und Gynäkologie und unterstützt auch eine psychologische Beratung, falls gewünscht. Ferner sichert es die molekulargenetische Diagnostik ab, die die derzeit bekannten Brust- und Eierstockkrebsgene untersucht, um damit das individuelle Risiko der Betroffenen besser abklären zu können. Als zentraler Bestandteil ist in diesem Vertrag die intensiviertere Früherkennung/Nachsorge geregelt. Das Zentrum bietet in den Beratungen umfangreiche Informationen zu prophylaktischen operativen Maßnahmen der Brust und/oder der Eierstöcke.

Insgesamt wurden in dem bisherigen Vertragszeitraum Ersatzkassenversicherte aus 92 Familien am Regensburger Zentrum beraten, in 54 dieser Familien wurde die molekulargenetische Diagnostik der Gene BRCA1, BRCA2 und gegebenenfalls RAD51C durchgeführt. Insgesamt wurden 27 ersatzkassenversicherte Ratsuchende aus betroffenen Familien, bei denen die ursächliche disponierende Mutation in einem zuvor untersuchten Indexpatienten nachgewiesen worden war, prädiagnostiv auf die familienspezifische Mutation untersucht.

Am intensivierten Früherkennungs-/Nachsorgeprogramm, das Untersuchungen mittels Kernspintomographie, Sonographie und Mammographie einschließt, nehmen zurzeit

von  
PROF. DR.  
BERNHARD WEBER  
Sprecher des  
BREK-Zentrums  
Regensburg



FOTO privat

43 Patientinnen und Angehörige aus betroffenen Familien teil. Auch dieser Bestandteil der integrierten Versorgung wird mit den entsprechenden Datenerhebungen wissenschaftlich begleitet und zum Wohle der Patientinnen und Patienten wiederum in die tägliche Arbeit der bundesdeutschen Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs zurückgeführt.

Das Zentrum Regensburg hat bereits zum Januar 2014 eine interdisziplinäre Beratung durch Humangenetiker und Gynäkologen am Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg etabliert. Dadurch haben die Ratsuchenden die Möglichkeit, zeitgleich humangenetische und gynäkologische Informationen zu erhalten und von erfahrenen Ärzten der beiden Fachrichtungen umfangreich und in der erforderlichen Tiefe über die komplexe Thematik beraten zu werden.

Ab dem 4. Quartal 2015 wird im Regensburger BREK-Zentrum die molekulargenetische Diagnostik der Risikogene umfassend erweitert, um damit den neuesten Erkenntnissen aus der Krebsforschung Rechnung getragen. Es werden dann außer den bisherigen Genen BRCA1 und BRCA2 acht weitere Gene auf mögliche Veränderungen analysiert, wobei genetische Auffälligkeiten in jedem dieser Gene anerkanntermaßen zu einer Risikoerhöhung für Brust- und/oder Eierstockkrebs führen können.

BÜCHER

## Strukturwandel im Krankenhaussektor

Namhafte Autoren widmen sich der Frage der möglichen Ausgestaltung eines Strukturwandels im Krankenhaussektor. Der Report analysiert die aktuelle Ausgangslage, zum Beispiel hinsichtlich der Erreichbarkeit von Krankenhäusern, ihrer Kapazitäten und deren Auslastung sowie mit Blick auf die Notfallversorgung. Basierend auf dieser Situationsanalyse entwickeln die Autoren Konzepte für eine gestaltende Weiterentwicklung des Krankenhaussystems.



Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hg.)  
Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel 2015, 540 S., mit Online-Zugang, € 54,99, Schattauer GmbH, Stuttgart

## Grundlagen der Gesundheitsökonomie

Das Ziel der noch jungen Disziplin der Gesundheitsökonomie ist es, eine Balance zwischen Medizin und Wirtschaftlichkeit herzustellen. Das Buch stellt die Grundlagen der Gesundheitsökonomie dar und vermittelt ein Grundverständnis für wirtschaftswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Zusammenhänge. Es wendet sich an Medizinstudenten, Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die fundierte gesundheitsökonomische Kenntnisse als Basis für ein effizientes und professionelles Versorgungsmanagement erwerben wollen.



Lauterbach, Stock, Brunner (Hg.)  
Gesundheitsökonomie – Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. 3. Auflage 2013, 360 S., € 49,95, Verlag Hans Huber, Bern

SELBSTHILFE

## GKV-Förderung 2015 auf Rekordhöhe

Mit mehr als fünf Millionen Euro fördern die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände in Bayern die gesundheitsbezogene Selbsthilfe in diesem Jahr. Fast die Hälfte der Fördersumme geht direkt an rund 2.200 Selbsthilfegruppen für ihre Arbeit vor Ort. Indirekt erhalten sie die Unterstützung, indem die Krankenkassen die regionalen Runden Tische fördern. Die Runden Tische sorgen dafür, dass die Selbsthilfegruppen einen einfachen Zugang zu den Fördermitteln haben und der bürokratische Aufwand der Förderung minimiert wird. Zwölf Runden Tische in Bayern bekommen in diesem Jahr rund 500.000 Euro.

55 Landesorganisationen der Selbsthilfe erhalten über 760.000 Euro für ihre speziellen Aufgaben. Die Landesorganisationen beraten und vernetzen die angeschlossenen Selbsthilfegruppen, organisieren Schulungen, Seminare, Konferenzen und Tagungen für ihre Mitglieder, erstellen Informationsmaterialien und sind nicht zuletzt Interessenvertreter im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich.

Die dritte Säule der Selbsthilfearbeit stellen die Selbsthilfekontaktstellen dar. Sie bieten Dienstleistungen und infrastrukturelle Hilfen zur Gründung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen, stärken die Kooperation der Selbsthilfegruppen untereinander und fördern die Zusammenarbeit mit Ärzten, Apotheken und anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Mit insgesamt 1,3 Millionen Euro unterstützen die Krankenkassenverbände diese wichtige Arbeit der 31 Selbsthilfekontaktstellen.

BUNDESWETTBEWERB

## Bester Schüler in der Alten- und Krankenpflege 2015



Foto: VFD e.V.

Der 31-jährige Thomas Schmidt aus dem bayerischen Amberg gewann den diesjährigen Bundeswettbewerb „Bester Schüler in der Alten- und Krankenpflege“, der zum fünften Mal durchgeführt wurde und an dem über 25.000 Auszubildende aus den Pflegeberufen teilnahmen.

Der Verein zur Förderung pflegerischer Qualität e.V. als Organisator des Bundeswettbewerbs zeichnete Thomas Schmidt mit einer Medaille aus. Zudem wird er für eine Woche nach New York fliegen, mit der Möglichkeit dort das Medical Hospital of Surgery NY zu besuchen. Über sich selbst sagte der Sieger nach der Auszeichnung: „Ich bin Gesundheits- und Krankenpfleger aus Berufung, da mir die Arbeit mit Menschen sehr viel Freude bereitet“.

IMPRESSUM

**Herausgeber**

Landesvertretung Bayern des vdek  
Arnulfstr. 201 a, 80634 München  
Telefon 0 89 / 55 25 51-0  
Telefax 0 89 / 55 25 51-14  
E-Mail LV-Bayern@vdek.com  
Redaktion Dr. Sergej Saizew  
Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen  
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH  
Konzept ressourcenmangel GmbH  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-4045