

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE NEUE ÄRZTLICHE BEDARFSPLANUNG wird umgesetzt | INTERVIEW mit der Bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml | FACHTAGUNG Personalisierte Medizin | NEUER VERTRAG gegen Brust- und Eierstockkrebs

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2013

ERSATZKASSEN

Auf Wachstumskurs in Bayern

GRAFIK vdek



Die Ersatzkassen in Bayern verzeichnen auch in diesem Jahr ein erfreuliches Wachstum. Die Zahl der Ersatzkassenversicherten stieg 2013 im Vergleich zu 2012 auf über 3,2 Millionen. Das ist ein Plus von 1,6 Prozent. Die Zahl der Mitglieder – der Beitragszahler – ist mit 2,3 Prozent noch stärker gewachsen und beträgt knapp 2,4 Millionen Menschen.

Folglich wurde der Marktanteil der Ersatzkassen in Bayern bei den Versicherten auf 30,85 Prozent und bei den Mitgliedern auf 31,24 Prozent weiter ausgebaut.

Unter den Bedingungen des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes können nur die Krankenkassen wachsen, die starke Leistungen anbieten, kundenorientiert sind und die medizinische Versorgung ihrer Versicherten am besten organisieren. Dazu gehören die Ersatzkassen, was die Wachstumstatistik zweifelsohne beweist.

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Neue Bedarfsplanung wird umgesetzt

Die ärztliche Bedarfsplanung wird seit der Verabschiedung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schrittweise in Bayern umgesetzt. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bemüht sich dabei um tragfähige Konsenslösungen.

Zwischen der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992, mit dem die Zulassung der Vertragsärzte in Deutschland ab 1995 eingeführt wurde, und der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liegen fast 20 Jahre.

In diesem Zeitraum wurde die Bedarfsplanung lediglich fortgeschrieben und nur unzureichend an die größeren Strukturveränderungen angepasst. An diesem Zustand wurde zunehmend Kritik laut und einzelne radikale Kritiker forderten sogar, auf eine Bedarfsplanung zu verzichten.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 hat der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzteschaft und der Krankenkassen schließlich beauftragt, die Bedarfsplanung bis zum 1.1.2013 grundlegend zu überarbeiten. Dieser Auftrag wurde nach intensiven Gesprächen fristgerecht erfüllt und so konnten sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und die Krankenkassenverbände daran machen, die Richtlinie in die Praxis zu übersetzen.

Bedarfsplanung wird feinjustiert

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie hat die räumlichen Einheiten, für die die Arztlizenzen berechnet werden, neu zugeschnitten. Die so genannten Planungsbeiräte sind für vier Versorgungsebenen – Hausärztliche Versorgung, Allgemeine Fachärztliche Versorgung, Spezialisierte Fachärztliche Versorgung und Gesonderte Fachärztliche Versorgung – unterschiedlich groß ausgestaltet.

Wie viele Ärzte in einem Planungsbeirät benötigt werden, wird anhand einer Verhältniszahl ermittelt, die zeigt, wie viele Einwohner auf einen Arzt kommen sollen. Zusätzlich wird bei der Ermittlung des vermuteten Bedarfs an Ärzten auch die Altersstruktur der Bevölkerung in einem Planungsbereich einbezogen. Dies geschieht durch einen Demografiefaktor, mit dem die Verhältniszahlen entsprechend angepasst werden.

Das aktuell vorliegende Verhältnis zwischen der Ärztlizenz einer Fachgruppe zu der Einwohnerzahl in einem Planungsbereich nennt man Versorgungsgrad. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gilt



Für flächendeckende Versorgung, gegen Überversorgung



von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

Es steht außer Frage: Ärztliche Bedarfsplanung ist ein notwendiges Steuerungsinstrument. Auch nach der Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie bleibt ein Problem in Bayern bestehen – die Überversorgung in vielen Planungsbereichen. In keinem anderen Flächenland gibt es so viele Ärzte pro Einwohner wie im Freistaat. Daher sollte zu den Hauptzielen der neuen Bedarfsplanung nicht ausschließlich die Schaffung neuer Arztsitze gehören, um eine drohende Unterversorgung zu verhindern, sondern auch der Abbau der vorhandenen Überversorgung. Anderenfalls verstärkt die neue Bedarfsplanung wieder nur den Trend in Richtung auf mehr Ärzte und liefert wiederum keinen Beitrag zur Lösung der zum Teil extremen Ungleichverteilung von Arztsitzen.

Der Abbau von ärztlicher Überversorgung ist zugegebenermaßen kein leichtes Unterfangen. Insbesondere weil beide Seiten der Selbstverwaltung, nämlich Kassen und organisierte Ärzteschaft, hier an einem Strang ziehen müssten. Wer diese Unwucht jedoch ignoriert, riskiert die dauerhafte Finanzierbarkeit des Systems und lässt das Kernproblem der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, nämlich die Unterversorgung auf dem Lande bei gleichzeitiger Überversorgung in den Großstädten, auf fahrlässige Weise unbeantwortet.



ein Planungsbereich als überversorgt und wird gesperrt. Bis zum Erreichen der Sperrgrenze von 110 Prozent sind Neuzulassungen grundsätzlich möglich.

Neuer Bedarfsplan aufgestellt

Der Stand der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde in einem neuen Bedarfsplan im Juni 2013 abgebildet. Anders als vielfach erwartet, hat sich die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten von Hausärzten bis zur Sperrung eines Planungsbereiches in Folge der neuen Bedarfsplanung bayernweit um etwa 80 Sitze reduziert: von bisher 206,00 auf neu 127,50. Dieser Rückgang ist auf den Demografiefaktor zurückzuführen. Die Anzahl der Planungsbereiche in der Hausärztlichen Versorgung hat sich dagegen von bisher 79 auf 138 erhöht.

In der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung ist es bei 79 Planungsbereichen geblieben. Hier sind mit der Bedarfsplanungsrichtlinie neue Zulassungsmöglichkeiten entstanden, vor allem für die Psychotherapeuten. Ihre Zulassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung eines Planungsbereichs erhöhten sich massiv von 3,50 auf 282,50.

Derzeit stimmen die Krankenkassenverbände zusammen mit der KVB einen Kriterienkatalog ab, mit dem alle Planungsbereiche für alle geplanten Fachgruppen daraufhin geprüft werden, ob dort eine Unterversorgung vorliegt oder in absehbarer Zeit droht. Neben dem aktuellen Versorgungsgrad wird dabei auch ein prognostizierter Versorgungsgrad ermittelt, der die Bevölkerungsentwicklung und die Altersstruktur der Ärzte berücksichtigt. Außerdem werden eine Nachbesetzungsquote, die Auslastung der Ärzte anhand von Fallzahlen und ihr Versorgungsbeitrag sowie das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten einbezogen.

Sobald eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt werde, greifen gesetzliche Maßnahmen, um durch Förderprogramme und finanzielle Fördermaßnahmen die (drohende) Unterversorgung zu verhindern. Führt

dies nicht zum Erfolg und lassen sich keine neuen Ärzte in den unterversorgten Planungsbereichen nieder, muss der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen in den anderen Planungsbereichen anordnen.

Reale Überversorgung contra drohende Unterversorgung

Die in Bayern herrschende Überversorgung bleibt auch nach Umsetzung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bestehen. In einigen Regionen Bayerns hat aber der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen drohende Unterversorgung beziehungsweise Unterversorgung festgestellt.

Bei solchen Feststellungen muss dem rechnerischen Versorgungsgrad immer auch die Versorgungswirklichkeit gegenübergestellt werden. Die durchschnittlichen Behandlungsfälle der betreffenden Arztgruppe im Planungsbereich müssen mit dem bayerischen Durchschnittswert verglichen werden. Wenn diese unter dem bayerischen Durchschnitt liegen, bedeutet dies nicht zwangsläufig eine Versorgungslücke, da die Kapazitäten der Praxen eventuell noch nicht ausgelastet sind. Gleichzeitig ist aber zwingend zu prüfen, ob die Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten in vollem zeitlichen Umfang der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen. Sollten die unterdurchschnittlichen Behandlungsfälle auf eine reduzierte Arbeitszeit zurückzuführen sein, ist dies bei der Anrechnung in der Bedarfsplanung entsprechend zu berücksichtigen oder die Zulassung auf einen halben Arztsitz zu reduzieren.

Das wirksamste Instrument gegen eine (drohende) Unterversorgung bleibt die Beschränkung der Zulassungsmöglichkeiten in den attraktiven, überversorgten Planungsbereichen. Nur so lässt sich die Unwucht in der Ärztesitzverteilung nachhaltig korrigieren. Dabei sollte auch ein generelles Verbot für die Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Planungsbereichen nicht von vornherein ausgeschlossen werden. ■

INTERVIEW

Wohnortnahe und hochwertige medizinische Versorgung in Bayern sicherstellen

Nach der Landtagswahl in Bayern am 15. September 2013 entstand ein neues Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, an dessen Spitze Melanie Huml steht.

In einem Interview mit ersatzkasse report. Bayern skizziert sie die wichtigen Themen der Gesundheitspolitik im Freistaat.

vdek Sehr geehrte Frau Staatsministerin Huml, zunächst möchten wir Ihnen ganz herzlich zu Ihrer Berufung zur neuen und ersten Gesundheits- und Pflegeministerin Bayerns gratulieren und eine glückliche Hand und viel Erfolg in Ihrem Amt wünschen. Die Themen Gesundheit und Pflege waren in der vorangegangenen Legislaturperiode unterschiedlichen Ministerien zugeordnet. Wir sehen in der Zusammenlegung beider Ressortbereiche unter einem Dach einen wichtigen Schritt in Richtung auf eine stärker demographieorientierte Gesundheitspolitik. Sehen Sie das auch so bzw. welche strategischen Ziele sehen Sie für das neu zugeschnittene Ministerium in den nächsten fünf Jahren?

Melanie Huml Der demografische Wandel ist eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Ein eigenständiges Ministerium für Gesundheit und Pflege ist ein starkes Signal, diese Herausforderungen aktiv anzugehen – für die Menschen im Freistaat, die Patientinnen und Patienten, aber auch für alle, die in diesen Bereichen tätig sind. Wir wollen auch in Zukunft die wohnortnahe und hochwertige medizinische Versorgung für alle Bürger Bayerns sicherstellen und weiterentwickeln. Insbesondere für die Versorgung älterer und kranker Menschen ist die Pflege entscheidend. Wir werden uns für einen solidarischen und würdevollen Umgang mit pflegebedürftigen Menschen einsetzen, für die

Pflegekräfte und pflegenden Angehörigen in Bayern ein starker Fürsprecher sein.

vdek Im Nachgang zu den Bundes- und Landtagswahlen stellt sich fast automatisch die Frage nach den zentralen gesundheitspolitischen Reformvorhaben der nächsten Jahre. Welche Reformmaßnahmen sollten aus Ihrer Sicht vordringlich auf den Weg gebracht werden?

Melanie Huml Um die ärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Raum zu erhalten und zu verbessern, haben wir ein Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung aufgelegt. Dieses Förderprogramm möchte ich ausweiten. Nach den Hausärzten soll auch die Niederlassung von Fachärzten im ländlichen Raum bezuschusst werden. Wenn wir mehr junge Ärzte gewinnen wollen, müssen wir auch die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf im Blick haben.

Bei der Krankenhausfinanzierung hat Bayern seine Hausaufgaben gemacht – und die Investitionskostenförderung gemeinsam mit den Kommunen wieder auf 500 Mio. Euro angehoben. Auch Im Koalitionsvertrag sind wichtige Anliegen Bayerns berücksichtigt. So ist es gelungen, die bewährte Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen zu erhalten und damit ein ineffizientes Gießkannenprinzip in Bayern zu verhindern. Um die sich seit Jahren immer weiter öffnende Einnahmen-Kostenschere zu schließen, sollen



FOTO www.melanie-huml.de

MELANIE HUML Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

kollektive Rabatte bei landesweiten Fallzahlsteigerungen abgeschwächt und tatsächliche Kostensteigerungen, etwa bei Tarifierhöhungen, besser in den Vergütungen berücksichtigt werden.

Insbesondere müssen wir uns auf Bundesebene dafür einsetzen, dass auch in Zukunft ausreichend Finanzmittel für die medizinische Versorgung bereitstehen. Wir brauchen eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, allerdings ohne die Beitragszahler heute und in Zukunft zu überfordern.

vdek Das Niveau der Gesundheitsversorgung in Bayern ist sehr hoch. Die Qualität der Versorgung, aber auch die Versorgungsdichte sucht bundesweit ihresgleichen. Dennoch gibt es Nachbesserungsbedarf. Welche Strukturprobleme und Effizienzdefizite sehen Sie und wie wollen Sie diesen entgegenreten?

Melanie Huml Die größte Herausforderung ist eine wohnortnahe und hochwertige medizinische Versorgung. Wir wollen, dass alle Landesteile bestmöglich medizinisch versorgt sind. Schon heute ist es außerhalb der großen Städte nicht immer





leicht, Nachfolger zu finden – für die Arztpraxen, die Krankenhäuser oder auch im Pflegebereich. Wir müssen deshalb die jungen Menschen wieder für den ländlichen Raum begeistern. Und wir wollen innovative medizinische Versorgungskonzepte, die Antworten auf die drängenden Fragen des demografischen Wandels und des Strukturwandels im Gesundheitssystem geben. Auch hier fördern wir praxisnahe Modellprojekte. Aber: Die Aktivitäten der Staatsregierung allein reichen nicht. Wir brauchen das Engagement aller Beteiligten, gerade der Kommunen, Berufsverbände und Universitäten. Vielerorts gelingt das bereits sehr gut.

»Wir brauchen eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Versicherung, allerdings ohne die Beitragszahler zu überfordern.«

vdek Das Machbare und das Wünschenswerte im Gesundheitswesen und in der Pflege kollidieren oft mit der Frage der Finanzierbarkeit. Der Verband der Ersatzkassen hat sich im Zusammenhang mit den Wahlen dezidiert für eine Rückkehr zur Beitragsatzautonomie der Krankenkassen ausgesprochen. Welche Grundstruktur für das Finanzierungs- und Beitragssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung sehen Sie für die Zukunft?

Melanie Huml Ein fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen muss zum Wohl der Patienten gestärkt werden. Deshalb treten wir für eine Regionalisierung des Gesundheitsfonds und mehr Beitragsautonomie der Krankenkassen ein. Soweit eine umfassende Reform der GKV-Finanzierung nicht sofort möglich ist, müssen wir auf zielgerichtete Veränderungen im System bestehen. Denn fairer Wettbewerb braucht gerechte Grundvoraussetzungen.

Hier konnte in den Koalitionsverhandlungen ein Kompromiss gefunden werden, der ein großer Schritt in die richtige Richtung ist, aber auch angemessen umgesetzt werden muss.

vdek Bayern erfreut sich nicht nur eines hochentwickelten Gesundheitswesens, sondern ist auch die Heimat vieler hochinnovativer Unternehmen der Medizinindustrie. Welche Entwicklungen im Bereich der medizinischen Hochtechnologie halten Sie für besonders erfolgversprechend und zukunftssträchtig?

Melanie Huml Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft ist es wichtig, die Möglichkeiten, die uns die Technik bietet, zu nutzen. Ich denke etwa an die Telemedizin. Sie bringt medizinisches Spezialwissen zum Patienten. Seit 1995 fördert die Bayerische Staatsregierung gezielt den Ausbau der Telemedizin. Sechs Telemedizin-Netze mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten wurden eingerichtet, etwa das Netzwerk STENO im Norden Bayerns zur Schlaganfallversorgung. Insgesamt 12 Millionen Euro investierte der Freistaat in der Vergangenheit in die Entwicklung der Telemedizin. Im Doppelhaushalt 2013/14 sind weitere Investitionen für den Ausbau der Telemedizin in Höhe von insgesamt drei Millionen Euro veranschlagt.

vdek Gesundheit ist ein hohes Gut. Mit mehr Geld, mehr Ärzten und mehr Krankenhäusern allein wird sich die Gesundheit der breiteren Bevölkerungsschichten in Bayern nicht verbessern lassen. Welche Prioritäten in der Prävention möchte das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege setzen?

Melanie Huml Es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Bayerischen Gesundheitspolitik zentrale Themen. Wir werden einen Bayerischen Präventionsplan entwickeln, um das

ZUR PERSON

Melanie Huml, 38, approbierte Ärztin. Als Abgeordnete der CSU ist sie seit Oktober 2003 Mitglied des Bayerischen Landtags. Seit Oktober 2007 gehörte sie als Staatssekretärin der Bayerischen Staatsregierung an. Zunächst im Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und von 2008 bis 2013 im Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Im Oktober 2013 wurde Huml Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege.

Ihr Lebensmotto lautet: „Wenn viele kleine Leute an vielen kleinen Orten viele kleine Schritte tun, können sie das Gesicht der Welt verändern“ (Afrikanisches Sprichwort).

Thema stärker in den Köpfen der Menschen zu verankern und die Eigenverantwortung zu fördern. Dazu wollen wir auch die Zusammenarbeit mit den Kommunen suchen. Um dem demografischen Wandel zu begegnen, haben wir im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund. Leben. Bayern. Jahresschwerpunkte definiert, die sich mit der Vermeidung der häufigsten Zivilisationskrankheiten beschäftigen. Mit unserem Jahresschwerpunkt 2013 „Aktiv gegen Krebs“ wollen wir darüber informieren, dass man durch eine gesunde Lebensweise Krebs wirksam vorbeugen kann. Für das kommende Jahr haben wir das Thema Diabetes mellitus gewählt. Darüber hinaus fördern wir bis 2015 Maßnahmen zur Steigerung der medizinischen Qualität der Bayerischen Kur- und Heilbäder – sie sollen moderne Gesundheits- und Präventionszentren werden.

vdek Frau Staatsministerin, wir danken Ihnen für das Interview. ■■■

Personalisierte Medizin – Zwischen Versprechen und Wirklichkeit

Mit dem Begriff Personalisierte Medizin verbinden mittlerweile viele Patientinnen und Patienten große Hoffnungen. Und das obwohl die Erfolge in der klinischen Anwendung bislang eher begrenzt geblieben sind.

Text: Prof. Dr. Siegfried Höfling, Hanns-Seidel-Stiftung

Bei der vom Verband der Ersatzkassen (vdek) und der Hanns-Seidel-Stiftung organisierten Tagung mit rund 140 Teilnehmern am 7. Oktober 2013 im Konferenzzentrum München der Hanns-Seidel-Stiftung stand die Zukunft der medizinischen Versorgung in Deutschland im Mittelpunkt.

Professor Dr. med. Giovanni Maio von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Professor Dr. med. Manfred Dietel von der Charité Berlin und Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, referierten über den Nutzen der Personalisierten Medizin für die Patienten sowie ihre Auswirkungen auf den Medizinbetrieb und die Gesetzliche Krankenversicherung.

Elsner: Ersatzkassen sind innovationsfreundlich

190 Milliarden Euro wenden die gesetzlichen Krankenkassen jährlich für medizinische Versorgung einschließlich Spitzenmedizin und Spitzentherapie auf, die im Bedarfsfall der ganzen Bevölkerung zur Verfügung steht. Im internationalen Vergleich hat das deutsche Gesundheitswesen somit eine herausragende Position. Damit dies so bleibt, wollen die Ersatzkassen offen sein für jede medizinische Innovation, die Patienten unmittelbar nutzt, erklärte Ulrike Elsner.

Allerdings müsse die Forschung valide Nachweise für den Zusatznutzen einer neuen Behandlungsmethode oder eines neuen Medikaments gegenüber bereits etablierten Verfahren erbringen. Ein komplexes



FOTO: vdek

ULRIKE ELSNER: „Der patientenrelevante Nutzen der Innovation muss belegt werden.“

Innovationsmanagement, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss eine wichtige Rolle spielt, hat sich bislang in vielerlei Hinsicht bewährt, auch wenn hier noch Verbesserungsbedarf herrscht.

Dietel: Fortschritte in der Onkologie

Mit dem Begriff Personalisierte Medizin, der vor ca. 10 Jahren vom Biochemiker und Mediziner Leroy Hood geprägt wurde, schlägt die Medizin eine Richtung ein, die neben der Krankheitsdiagnose behandlungsrelevante individuelle Merkmale auf zellulär/molekularer Basis berücksichtigt. Möglich wird dies seit der im Jahre 2001 erstmals gelungenen Genomsequenzierung beim Menschen.

Ziel der Personalisierten Medizin ist es, das jeweils richtige Medikament in der richtigen Dosis für den richtigen Patienten zu finden, so Professor Dr. Manfred Dietel,

Direktor des Instituts für Pathologie der Charité Berlin. Das entsprechende Handwerkszeug sind Tests, die entsprechende Biomarker identifizieren. Den bisher größten Fortschritt verzeichnet der Ansatz in der Onkologie.

»Das Hauptkriterium bei der Beurteilung jeder medizinischen Innovation ist der Nutzen für den Patienten.«

Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende

Für Manfred Dietel ist der Begriff Personalisierte Medizin allerdings irreführend. Ziel ist zumindest gegenwärtig nicht, individuell maßgeschneiderte Medizin zu entwickeln, sondern mit Hilfe der Biomarkeruntersuchungen heraus zu finden, welche Patienten auf welche



BAYERN



Medikamente positiv reagieren, nicht reagieren oder sogar negativ reagieren.

Maio: Personalisierte Medizin ist ein Marketingbegriff

Diese Ausdifferenzierung oder Stratifizierung (Ausschluss von Medikamenten, die bei einer bestimmten Patientengruppe nicht effektiv wirken) in sogenannte „Responder“ und „Nonresponder“ könnte zu Gewinnern aber auch zu neuen Verlierern in der medizinischen Versorgung führen, befürchtet Professor Dr. Giovanni Maio von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Für ihn sei Personalisierte Medizin das Gegenteil von persönlicher und individueller Behandlung, sondern eher ein Marketingbegriff, der mit der Sehnsucht der Patienten spielt, sie würden einzigartig behandelt werden. Personalisierte Medizin führe nicht zu einer Aufwertung der Persönlichkeit, sondern zu ihrer Abwertung.

Noch problematischer sieht Giovanni Maio allerdings die Tendenz, Krankheiten nur mehr lokalisiert auf biologischer Ebene zu betrachten. Bei Krankheiten sind Lebensbedingungen, soziales Umfeld, geistige und psychische Faktoren von großer Bedeutung. Die Unverwechselbarkeit

des Menschen ist nicht gleich zu setzen mit der Unverwechselbarkeit seines Genoms. Personalisierte Medizin könnte einen neuen – bereits überwunden geglaubten – biologischen Reduktionismus begründen, den ärztlichen Blick verengen und dabei andere Zugänge und Behandlungsmethoden vernachlässigen. Je mehr Personalisierte Medizin als zukünftiger Ansatz in der medizinischen Forschung favorisiert wird, desto mehr wächst die Gefahr einer einseitigen Betrachtung von Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten.

Wer finanziert Personalisierte Medizin

Die anschließende Podiumsdiskussion, die von Dr. Werner Bartens von der Süddeutschen Zeitung geleitet wurde, fokussierte zuerst auf den riesigen Forschungs- und Finanzierungsaufwand der Personalisierten Medizin, der auf der anderen Seite zur Vernachlässigung anderer wichtiger Forschungsaufgaben führen könnte. So besteht ein dringender Versorgungsbedarf hinsichtlich neuerer Antibiotika, die nur mehr von einer geringen Zahl von großen Pharmafirmen betrieben werde. Auch die Forschung zur

Karzinomgenese müsse intensiviert werden. Grundsätzlich kann die Ausdifferenzierungsmethodik neue, erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten liefern.

Keine Priorisierungsdebatte im Gesundheitswesen

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – so Ulrike Elsner – wird sich den neuen Entwicklungen nicht verschließen. Allerdings müsse die GKV kritisch bleiben und eindeutige Evidenzen für den personalisierten Ansatz fordern und eine Kosten-Nutzen-Bewertung vornehmen. Auch müsse sie den Versicherten transparent machen, für was ihr Geld ausgegeben werde. Eine Priorisierungsdebatte werde es auch in Zukunft nicht geben, d.h. die Ablehnung der Kostenübernahme für eine Behandlung werde es nicht aus Kostenerwägungen, sondern aufgrund fehlender Wirkungsnachweise geben.

Ärzte mit ganzheitlichem Zugang zum Patienten

Einig waren sich die Podiumsteilnehmer, dass sich die besonderen Verheißungen der Personalisierten Medizin mittelfristig abkühlen und sich wieder Raum für eine ganzheitlichere Betrachtung von Mensch, Gesundheit und Krankheit ergeben werde. Allerdings muss parallel auf die ärztliche Ausbildung geachtet werden. Die Machtbarkeitsuggestion der Personalisierten Medizin respektive ihre Vermarktung übt starke Anziehungskraft auf die zukünftigen Ärzte aus. Die medizinische Versorgung benötigt jedoch Ärzte, die einen ganzheitlichen Zugang zum Patienten suchen, und diesen in seiner Persönlichkeit, in seiner Subjektivität wahrnehmen, eingebettet in seinen persönlichen sozialen und ökologischen Umfeld behandeln, also mit „Sozio-, und Psychomarkern“ und nicht mit Biomarkern allein. Dies gelingt mit echter Kommunikation und teilnehmendem Mitwirken der Patienten an der Behandlung. Teure Medizin werde nur von schlechten Ärzten gemacht. ■



FOTO vdek

REFERENTEN DER TAGUNG MIT DEM GASTGEBER: Prof. Dr. Manfred Dietel, Prof. Dr. Giovanni Maio, Ulrike Elsner und Dr. Ralf Langejürgen (v. l. n. r.)

Medizinische Hochtechnologie im Kampf gegen Brustkrebs

Ein neuer Vertrag ermöglicht die integrierte medizinische Versorgung der Patienten, die humangenetische und gynäkologische Beratung, genetische Untersuchung, Vorsorge, Therapie und Nachsorge einschließt.

Die Ersatzkassen in Bayern bemühen sich ständig um eine weitere Verbesserung der onkologischen Versorgung ihrer Versicherten. Neben diversen Vorsorgemaßnahmen und einem umfangreichen Paket an Versorgungsleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Therapie setzt der Verband der Ersatzkassen seit Jahren erfolgreich auf innovative Vertragsmodelle der spezialfachärztlichen und der integrativen Versorgung. Ein besonders wichtiger Indikationsbereich war dabei von Anfang an die Behandlung von Brust- und Eierstockkrebs. Die ersten Vertragsabschlüsse mit spezialisierten Zentren reichen bis in das Jahr 2005 zurück. Sie standen unter dem Oberbegriff „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Diese Versorgungsstrukturen wurden sukzessive weiterentwickelt und ausgebaut. Die neueren Verträge mit diesen Einrichtungen wurden im Rahmen der integrierten Versorgung geschlossen und waren von Anfang an so erfolgreich, dass das Vertragsmodell der Ersatzkassen in vielen Fällen von anderen Krankenkassen übernommen wurde.

Jetzt hat der vdek einen Vertrag mit dem Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universität Regensburg geschlossen, der ein weiterer Höhepunkt in dieser konsequenten Strategie der Versorgungsoptimierung darstellt. Mit dem neuen Vertrag setzen die Ersatzkassen in der onkologischen Therapie auf medizinische Hochtechnologie. Sie investieren in diesen Vertrag zusätzliches Geld, weil sie von einem beträchtlichen Zusatznutzen für ihre Versicherten überzeugt sind.



DER NEUE VERTRAG wurde in einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt

Behandlung „aus einer Hand“

Die Vereinbarung mit der Uniklinik Regensburg stellt sicher, dass Frauen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für genetisch bedingten Brustkrebs durch eine Familienanamnese identifiziert werden. Das Erkrankungsrisiko kann durch eine spezielle molekulargenetische Untersuchung konkretisiert werden. Wegen der außerordentlich hohen Erkrankungsgefährdung werden den Frauen mit genetisch bedingtem Risiko umfangreichere präventive Maßnahmen angeboten. Das heißt, man begnügt sich nicht mit dem regulären Brustkrebs-Screening, sondern entwickelt ein spezielles, auf die Risikogruppe zugeschnittenes Therapiekonzept.

Die Vereinbarung gewährleistet eine integrierte Versorgung der Patientinnen durch folgende Bausteine: (1) genetische Risikofeststellung, (2) interdisziplinäre Beratung, (3) Gendiagnostik, (4) intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm und (5) sektorenübergreifende Information der Maßnahmen.

Auf der Basis einer bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen der Universitätsklinik Regensburg und dem Caritas-Krankenhaus St. Josef als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg werden die genannten Leistungen kombiniert erbracht.

Positives Kosten-Nutzen-Verhältnis

Ein zusätzliches Argument für die integrierte Versorgung der an Brust- und/oder Eierstockkrebs erkrankten Frauen ist der Kostenvergleich. Auch unter dem Gesichtspunkt der effizienten Verwendung von Versichertengeldern rentiert sich der neue Vertrag. Die integrierte Versorgung ist gegenüber der ambulanten Regelversorgung in jedem Fall günstiger und die Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen ist transparent und kalkulierbar. Dieser Vertrag ist somit auch ein Beleg dafür, dass medizinische Innovationen die Versorgung der Patienten nicht zwangsläufig teurer machen müssen. Das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis wirkt hier voll zu Gunsten der Versicherten.

Die Realisierung einer umfassenden integrativen Versorgung im Rahmen dieses Vertrages ist einmalig und sucht in qualitativer Hinsicht wie auch in Bezug auf die wissenschaftliche Evaluation ihresgleichen. Als derzeit aktuellster Vertrag mit einem Brust- und Eierstockkrebszentrum soll er bundesweit als Mustervorlage für weitere Verträge auf diesem Versorgungsgebiet dienen. Wir gehen davon aus, dass dieser Vertrag erhebliche Signalwirkung haben wird. ■

BÜCHER

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Die in diesem Tagungsband gesammelten wissenschaftlichen Beiträge sind Ergebnis des ersten pflegewissenschaftlichen Kongresses an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Sie zeigen die Sichtweisen unterschiedlicher Fachdisziplinen und spannen einen Bogen von den theoretischen Grundlagen von Gerechtigkeit und Solidarität zu empirischen Befunden bzw. zu Gerechtigkeitsproblemen in der Praxis. Diskutiert werden mögliche Lösungsansätze.



Hermann Brandenburg, Helen Kohlen (Hg.)
Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen – Eine multidisziplinäre Perspektive
2012, 247 S., € 28,
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Steigerung des Patientennutzens

Von Standpunkt des Patientennutzens beschrieben die Autoren die relevanten Akteure des Gesundheitswesens – Krankenkassen, Leistungserbringer, Arbeitgeber und Patienten – und analysieren ihr Verhalten. Zudem untersuchen sie, welche Regulierungen für die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem bestimmend sind, und ergründen die zahlreichen Versuche von Regierungsseite, das deutsche System zu reformieren. Darüber hinaus zeigen die Autoren, warum die Einbindung der Privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen unausweichlich ist.



Michael E. Porter, Clemens Guth
Chancen für das deutsche Gesundheitssystem
2012, XVII, 376 S., € 59,95,
Springer Gabler, Springer Fachmedien, Wiesbaden

APP FÜR IPHONE-NUTZER

vdek-Pflegelotse für unterwegs

Der vom Verband der Ersatzkassen (vdek) entwickelte Pflegelotse ist eine einfach zu bedienende und leistungsstarke Suchmaschine im Internet (www.pflegelotse.de). Sie informiert aktuell über 13.325 ambulante und 10.944 stationäre Pflegeeinrichtungen bundesweit und hilft bei der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung.

Nunmehr hat der vdek mit einer App zum vdek-Pflegelotsen auf die wachsende Mobilität der Menschen im Alltag reagiert. Die App steht zum kostenlosen Download im Apple iTunes Store bereit. Dort gibt man das Wort Pflegelotse in die Suchmaske ein und gelangt direkt zur Pflegelotsen-App des Verbandes der Ersatzkassen.

Für den Suchenden macht die neue App zum vdek-Pflegelotsen alle wichtigen Informationen überall schnell abrufbar. Die App bietet dem Nutzer die gewohnten Informationsdienste des Internetportals www.pflegelotse.de. Dazu gehören die Umkreissuche, die Übersicht der Pflegeeinrichtungen auf der Trefferliste sowie die Detailansicht mit Adressen, Telefonnummern und Internetauftritten. Dabei vereinfacht die zusätzliche GPS-gesteuerte Standortbestimmung des Nutzers die Umkreissuche.

Die als PDF-Dokument abrufbaren Pflege-Transparenzberichte enthalten die Pflegenote und die Qualitätsdaten der einzelnen Einrichtungen. App-Nutzer können auch die Vergütungssätze für ausgewählte Pflegeeinrichtungen einsehen. Sowohl im stationären als auch im teilstationären Bereich ist ein Vergleich von maximal zwei Einrichtungen möglich.

2014

Zum Neuen Jahr

FOTO: Konstantyn – Fotolia.com



Ein Neues Jahr. Neue Gesundheitsminister in Bund und Land. Die Erwartungen und Hoffnungen sind groß. Welche Reformen stehen an? Oder anders gefragt: Welche neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen bringt das Jahr 2014?

Als Patienten wünschen wir uns auch für das neue Jahr eine optimale medizinische Versorgung – ohne Einschränkungen bei den medizinisch notwendigen Leistungen. Als Versicherte wünschen wir uns Beitragssatzstabilität – ohne Zusatzbeiträge und ohne neue finanzielle Belastungen. Und als Wähler wünschen wir uns, dass die Neugewählten eine Gesundheitspolitik im Interesse der Versicherten und Patienten betreiben – ohne dabei Bewährtes zu opfern und einzelne Interessengruppen einseitig zu bevorzugen.

Unseren Lesern wünschen wir Glück, Erfolg und Wohlergehen im Neuen Jahr. Und selbstverständlich gute Gesundheit.

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

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-4045