

report bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Vergütungsreform nicht komplett

Der gesetzliche Auftrag aus dem Wettbewerbsstärkungsgesetz lautete: Die Vergütung für die Ärzte soll pauschaliert, vereinfacht und transparent werden. Dafür sollte bis zum 31. Oktober 2007 ein neuer EBM (Einheitlicher Bemessungs-Maßstab) für das Jahr 2008 vorliegen, der die Leistungen in Pauschalen zusammenfasst. Inzwischen hat die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ihre Hausaufgaben gemacht und diesen neuen Katalog für die Bewertung der ärztlichen Leistungen für 2008 erstellt. Dies war allerdings nur die Vorarbeit für die eigentliche Reform des EBM. Denn diese soll aus Punktwerten für die einzelnen Leistungen Euro-Preise machen. Damit wird ab 1. Januar 2009 der bisherige „Punkte-EBM“ durch 17 regionale „Euro-EBM“ abgelöst.

Wird bisher ein Belastungs-EKG mit 545 Punkten bewertet, gilt anstelle dieses abstrakten Werts ab 2009 ein fester Euro-Wert. Dadurch können die niedergelassenen Ärzte ihr Praxiseinkommen besser einschätzen, als mit den bisherigen „floatenden“ Punktwerten. Diese stehen erst vier bis sechs Monate nach Meldung der Leistung durch die

In dieser Ausgabe:

- **7 Jahre Mammascreeing**
Interview mit Daniel Krastel,
programmverantwortlicher Arzt in Bremen
- **Krankenhausplanung Bremerhaven**
Flaute in der Seestadt
- **Krankenhäuser:**
Qualitätssicherung durch externen Vergleich
- **Selbsthilfe**
Neues Verfahren ab 2008

Ärzte an die Kassenärztlichen Vereinigungen fest und werden als „floatend“ bezeichnet, weil ihre Höhe abhängig von der Gesamtmenge der ärztlichen Leistungen eines Abrechnungsgebietes ist.

Begleitet wird der neue EBM von praxisbezogenen Regelleistungsvolumina. Diese sollen eine übermäßige Leistungsausweitung verhindern, indem

bei Überschreitung des vereinbarten Leistungsvolumens alle weiteren Leistungen mit gestaffelten Preisen vergütet werden. Zur Bestimmung der Regelleistungsvolumina wird es einen bundesweiten Orientierungswert geben. Zudem wird auf regionaler Ebene die Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Versicherten erhoben, um sie in die von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellende Gesamtvergütung einbeziehen zu können. Damit wird ein erhöhter Behandlungsbedarf ab 2009 grundsätzlich zu höheren Honorarsummen für die Ärzte führen.

Dass mit dem neuen EBM pünktlich ab 2009 die bisherige Vergütungsform nach Punktwerten abgelöst wird, hat noch einen weitgreifenderen Sinn als die Vereinfachung und Transparenz. Wenn ab 2009 mit dem Gesundheitsfonds eine Angleichung der Einnahmensituation der Krankenkassen vorgenommen wird, sind mit dem neuen EBM auch bisher bestehende, historisch bedingte Preisunterschiede zwischen Primär- (AOK, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen) und Ersatzkassen ausgeglichen, deren Ursachen sich bis in die 1950er Jahre zurück verfolgen lassen und die von der Politik nie korrigiert wurden.

Das folgerichtige Vorgehen bei der Reform des EBM wurde seitens des Gesetzgebers allerdings nicht stringent fortgeführt, so dass es im Vertragsbereich der Zahnärzte weiterhin bei ungleicher Vergütung für gleiche Leistungen bleibt. Angesichts der Tatsache, dass mit Einführung des Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2009 alle Krankenkassen den vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten einheitlichen Beitragssatz erheben müssen, ist eine ungleiche Ausgabensituation zu Lasten einer Kassenart nicht länger aufrecht zu erhalten.

Das unabhängige Forschungs- und Beratungsinstitut IGES, das sich explizit mit Problemen und Fragestellungen des Gesundheitswesens beschäftigt, schreibt im Fazit eines Gutachtens zu diesem Thema: „Die gegenwärtige Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Leistungssektor ist mit einer Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten der Ersatzkassen verbunden.“

Die Ersatzkassen fordern daher vor der Einführung des Gesundheitsfonds eine politische Lösung, um auch in der Vergütung der Zahnärzte ein einheitliches Preisgefüge für alle Krankenkassen herbeizuführen.

DER KOMMENTAR



Karl L. Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

Mit der Reform des EBM wird dem Wunsch der Ärzteschaft nach einer Erhöhung der Vergütungsgrundlage entsprochen. Ärzte und Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, dass der der Vergütung zu Grunde gelegte kalkulatorische Arztlohn von jährlich rund 95.000 Euro auf 105.000 Euro angehoben wird. Allerdings wird sich diese Erhöhung erst ab 1. Januar 2009 vollständig auswirken, wenn die Umstellung auf den neuen EBM nach Euro-Preisen erfolgt. Dann wird sie eine etwa 10prozentige Erhöhung der Vergütung nach sich ziehen, die die Versicherten über ihren Kassenbeitrag zu zahlen haben.

Zudem werden die Krankenkassen vollständig die steigende Morbidität (Krankheitshäufigkeit) tragen müssen, wodurch auf die Versichertengemeinschaft weitere Kosten zukommen werden. Ein Ausgleich der unterschiedlichen Zusammensetzung von gesunden – kranken, jungen – alten, beitragsstarken und beitragschwachen Versicherten soll durch den zukünftig stärker morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Die Einigung der Selbstverwaltung auf einen neuen EBM und mit diesem auch die Nivellierung bisher bestehender Preisunterschiede der Krankenkassen sowie eine Berücksichtigung unterschiedlicher Risiken im Risikostrukturausgleich der Kassen ist grundsätzlich sinnvoll. Denn ab 2009 werden die Kassen einen einheitlichen Beitragssatz durch das Bundesministerium vorgeschrieben bekommen. Da ist es nur folgerichtig, wenn alle Kassen gleiche Preise für medizinische Leistungen zu zahlen haben und die unterschiedlichen Risiken der Kassen ausgeglichen werden. Warum der Gesetzgeber im zahnärztlichen Bereich nicht für eine Nivellierung der Preise gesorgt hat, ist logisch nicht nachvollziehbar. Es kann sich daher nur um ein Versäumnis handeln, das schleunigst nachgeholt werden muss.

Krankenhausplanung Bremerhaven

Flaute in der Seestadt

In die Entwicklung und Neustrukturierung der Kliniken in Bremerhaven ist auch im Jahr 2007 keine Bewegung gekommen. Weder gibt es Anzeichen geplanter Leistungskonzentrationen, noch werden Überkapazitäten abgebaut. Angesichts der geplanten Angleichung der Vergütung aller Kliniken an den landesweiten Basisfallwert bis Ende 2009 ist diese passive Haltung der drei Klinikleitungen nicht nachvollziehbar.

Bundesweit haben die Krankenhäuser zum Teil massive Umstrukturierungen vorgenommen, Leistungen konzentriert und Abläufe wirtschaftlicher, transparenter und patientenfreundlicher gestaltet. In Bremerhaven hingegen müssen inzwischen Frauen mit Risikoschwangerschaften, das sind rund 50 Prozent aller Schwangeren, zur Entbindung nach Bremen fahren, da die Geburtshilfe und Frühgeborenenversorgung (Perinatalmedizin) nicht an einem Klinikum vorgehalten werden – seit 2006 eine gesetzliche Vorschrift, um Leben und Gesundheit von Frühgeborenen durch den Transport in ein anderes Klinikum nicht zu gefährden.

Keine Bewegung erkennbar

Die Strukturen der Krankenhauslandschaft im Land Bremen werden im Krankenhausrahmenplan geregelt. Während der Regionalteil Bremen jeweils aktuell (2003 – 2005 und 2006 – 2009) abgeschlossen werden konnte, wird der Regionalteil Bremerhaven nach wie vor auf Basis des alten Krankenhausplans (1998 – 2003) fortgeschrieben. Das bedeutet, dass im Gegensatz zu

Bremen in Bremerhaven kein nennenswerter Abbau von Überkapazitäten zu verzeichnen ist und strukturelle Veränderungen weder in der Vergangenheit erkennbar, noch für die Zukunft absehbar sind.

Zuletzt hatte es in 2005 einen Vorstoß des Gesundheitsressorts gegeben, nach bereits jahrelangem Stillstand neuen Wind in die Angelegenheit zu bringen. Der damalige Vorschlag sah eine Konzentration unterschiedlicher Fachdisziplinen an den drei Klinik-Standorten vor:

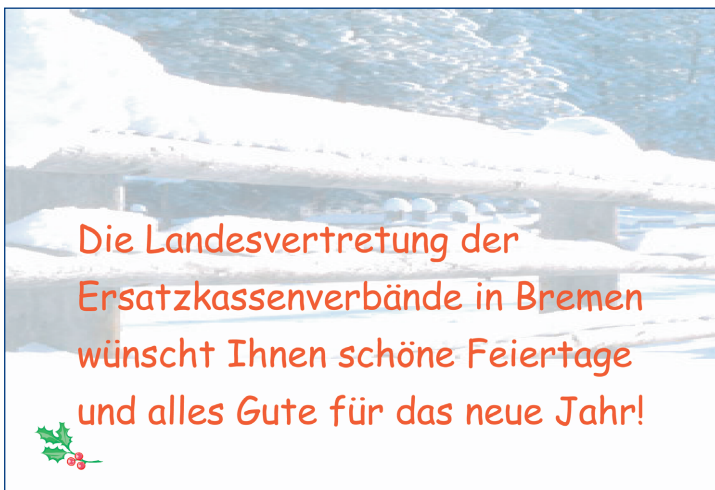
- Mutter-Kind-Zentrum mit Kinderklinik am Krankenhaus am Bürgerpark
- Unfallchirurgie am Klinikum Reinkenheide
- Gynäkologie und Brustzentrum am St.-Joseph-Hospital
- Infarktzentrum am Klinikum Reinkenheide
- Schlaganfall-Akutbehandlung (Stroke-Unit) am Klinikum Reinkenheide
- Spezielle Chemotherapie am St.-Joseph-Hospital und Klinikum Reinkenheide

Auch Minimalkonsenz steckt

Dieser durchaus sinnvolle Ansatz wurde auf dem Bremerhavener SPD-Parteitag 2005 zurückgewiesen, da man durch die Umstrukturierung einen Verlust von Kompetenzen des städtischen Klinikums Reinkenheide befürchtete. Als Minimalkonsenz wurde im April 2006 unter der Moderation eines externen Beraters das Konstrukt eines Frauen-Mutter-Kind Zentrums gefunden:

- Geburtshilfe und Perinatalzentrum am St.-Joseph-Hospital
- Gynäkologie inklusive Brustzentrum am Klinikum Reinkenheide
- Pädiatrie am Krankenhaus am Bürgerpark

Doch auch zu dieser Idee wurden bisher keine wahrnehmbaren Planungsschritte unternommen. Ein klares Profil mit guten Qualitätsergebnissen wird für die Krankenhäuser allerdings immer wichtiger – dies nicht zuletzt, da die Vergleichbarkeit von Klinikleistungen über Internetportale für einen immer größer werdenden Teil der Bevölkerung zugänglich und interpretierbar ist. Bleibt zu hoffen, dass die Seestadt ihre Flaute in ihrer Krankenhausplanung in 2008 überwindet.



Krankenhäuser:

Qualitätssicherung durch externen Vergleich

EQS – diese drei Buchstaben stehen für die Chance, über die interne Qualitätssicherung hinauszugehen und sich dem Vergleich mit anderen Krankenhäusern zu stellen. Externe Qualitätssicherung nennt sich das Verfahren und ist seit 2001 gesetzlich verpflichtend für alle Krankenhäuser in Deutschland. Umgesetzt wird dies auf der Bundesebene durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und regional durch das Qualitätsbüro Bremen. Ab Dezember 2007 fließen jetzt zum ersten Mal Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ein und werden auf diese Weise den Versicherten zugänglich.

Für dieses Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die Daten der Behandlungsfälle bestimmter Diagnosen an die jeweilige Landesgeschäftsstelle zu übermitteln, die diese aufbereitet und zum bundesweiten Vergleich an die BQS weiterleitet. Die Inhalte dieser Dokumentation betreffen die Diagnose, diagnostische Maßnahmen, die Therapie, den Behandlungsverlauf einschließlich der Komplikationen sowie das Behandlungsergebnis. Liegen die Werte der gemeldeten Daten nicht innerhalb eines von Fachgremien ermittelten Referenzwertes, werden an dieser Stelle Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeleitet.

Anerkannte fachliche Standards

Zunächst haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, die eigenen Daten zu den unterschiedlichen Leistungsbereichen (Kniegelenkersatz, Geburtshilfe, Herzkatheteruntersuchung...) mit den bundesweiten Daten und mit den nach anerkannten fachlichen Standards festgelegten Qualitätszielen zu vergleichen. Im nächsten Schritt werden die Daten der einzelnen Bremer Krankenhäuser in den jeweiligen Fachgruppen anonymisiert beraten. Die Fachgruppen sind Expertengremien, in denen der sogenannte strukturierte Dialog stattfindet.

Expertendialog

Um auffällige Ergebnisse hinterfragen zu können, ist der strukturierte Dialog für die Weiterentwicklung der Qualität unerlässlich. Hier haben die Experten der Kliniken die Möglichkeit sich auszutauschen und im kollegialen Dialog Verbesserungspotenziale aufzuspüren. Auffällige Ergebnisse umgehend zu

veröffentlichen wäre nicht sinnvoll, da die Zahlen nicht unbedingt für sich selbst sprechen. So ist ein Krankenhaus mit einer Komplikationsrate von 1 Prozent nicht unbedingt „besser“ als ein Krankenhaus mit einer Komplikationsrate von 5 Prozent. Gerade in Krankenhäusern der Maximalversorgung werden häufig jene Patienten eingewiesen, deren Behandlung risikobehafteter ist. Die Heilungsprozesse verlaufen bei einer zwanzigjährigen, gesunden Sportlerin anders als bei einem 78-jährigen Diabetiker. Entsprechend differenziert beraten die Bremer Fachgruppen die Auswertungen.

Im Dialog mit Experten und Vertretern anderer Kliniken können fernab von Rankings und Wettbewerbsaspekten Mängel im Ablauf, in der Diagnostik oder der Therapie behoben werden. Durch den direkten Austausch („Wie macht ihr das?“) entsteht ein kollegial-kritischer Dialog, durch den qualitative notwendige Anpassungen beschleunigt werden. Im Austausch zu lernen, ist ein zentraler Aspekt der externen Qualitätssicherung; das „beste“ Krankenhaus zu finden, ist erklärterweise nicht das Ziel. Denn wie dieses rechnerisch zu definieren wäre, diese Frage kann auch die externe Qualitätssicherung nicht mit einer Formel beantworten.

BQS-Auswertung 2006

Jährlich findet eine Fachkonferenz der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) statt, in der die Bundesauswertung der Ergebnisse des Vorjahres vorgestellt werden. Dr. Christof Veit, Geschäftsführer der BQS, konnte Ende Oktober die Qualitätsauswertungen zu 24 Versorgungsbereichen von der Geburtshilfe über Hüft-TEP-Wechsel (Hüftgelenkersatz) und Dekubitusprophylaxe bis zur Herztransplantation in 1.525 Krankenhäusern darstellen. Im Ergebnis des Qualitätsreports für 2006 wird die Versorgungssituation bei 158 der 180 verwendeten Qualitätsindikatoren als gut bezeichnet. Ein besonderer Handlungsbedarf wurde allerdings bei sieben Indikatoren der Versorgungsbereiche Mammachirurgie, Gynäkologische Operation, Geburtshilfe, Herzschrittmacher-Implantation und Lungenerkrankungen gesehen.

Erfolgreiches Verfahren – auch in Bremen

Insgesamt wird die Externe Qualitätssicherung als sehr erfolgreiches Verfahren bewertet. Das Engage-

ment der Krankenhäuser, die ihre Ergebnisse dokumentieren, ist hoch, die Dokumentation ist verlässlich und es haben sich in den vergangenen Jahren deutlich messbare Qualitätsverbesserungen ergeben. Diese resultieren aus dem strukturierten Dialog, aber auch aus der Thematisierung häufiger Fehler auf Fachkongressen und aus der Übernahme anerkannter Leitlinien bei der Diagnostik und Behandlung in den Krankenhäusern.

Ein Beispiel für eine erfolgreiche Verbesserung der Qualität, über das auf der Fachkonferenz der BQS exemplarisch berichtet wurde, ist die Angabe des

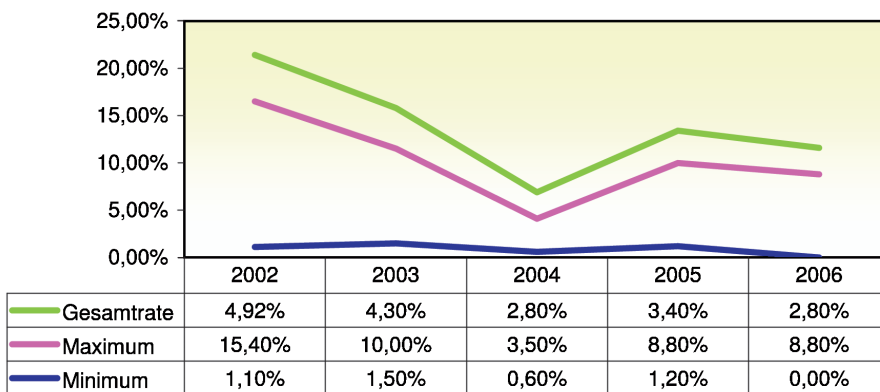
Sicherheitsabstandes bei der Entfernung eines Tumors der Brust. Da der Abstand zwischen Tumor und dem Rand des entfernten Gewebes um den Tumor prognostisch relevant ist, muss dieser vom Pathologen exakt angegeben werden. Bei diesem Qualitätsindikator waren 250 von 518 Krankenhäusern einer Region in 2003 auffällig geworden. Seitdem wurde mit der externen Qualitätssicherung eine kontinuierliche Annäherung an den leitlinienbasierten Referenzwert von mindestens 95 Prozent erreicht. Dieser Wert lag anfangs bei 72,57 Prozent und konnte bis 2006 auf 90,62 Prozent gesteigert werden. Damit wurde eine Verbesserung von über 14 Prozent erreicht, die hochgerechnet 6.311 Patientinnen betrifft.

Die Bremer Ergebnisse zu diesem Leistungsbereich weisen eine noch deutlichere Qualitätsverbesserung auf: War der optimale Sicherheitsabstand in 2003 bei durchschnittlich nur 63,16 Prozent der Fälle erreicht, war dies in 2006 bei 96,40 Prozent der Fall. Weitere Beispiele für deutliche Verbesserungen in den Bremer Kliniken sind die postoperative Röntgenkontrolle von entnommenem Gewebe und schwere Dammrisse bei nicht eingeleiteten Geburten (siehe Grafiken).

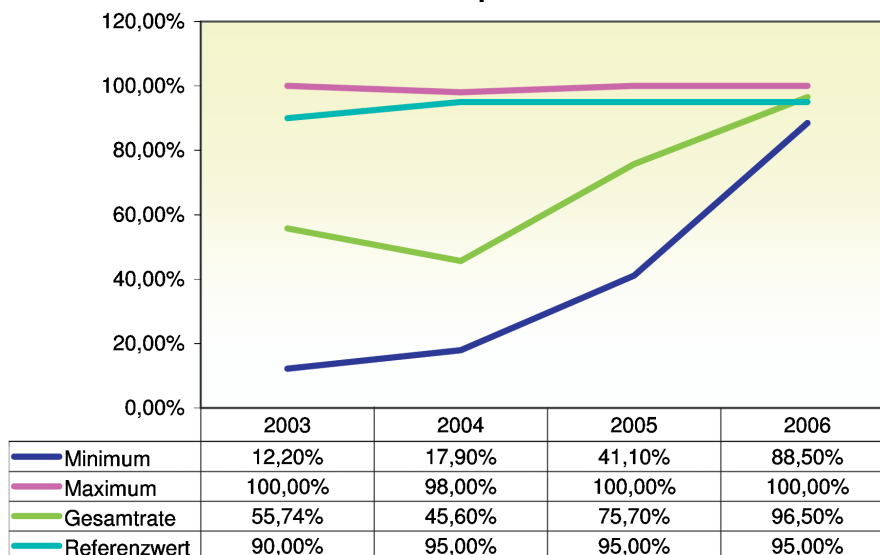
Veröffentlichung

Die Ergebnisse der Externen Qualitätssicherung werden erstmals für alle Bürger abrufbar sein, wenn sie ab Dezember dieses Jahres in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser einfließen. Um diese Qualitätsberichte gesammelt und verständlich veröffentlichen zu können, werden sie seit 2006 von den Krankenkassen zusammengeführt und strukturiert. Unter www.klinik-lotse.de, dem Klinikportal der Ersatzkassen, können die Daten der einzelnen Krankenhäuser jetzt inklusive der veröffentlichten Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung abgerufen werden.

Rate an schweren Dammrisen nach Dammschnitt



Röntgenkontrolle des entnommenen Gewebes nach Brustumoperation



Dargestellt sind jeweils die aus den Bremer Krankenhäusern gemeldeten Minimal- und Maximalwerte zur Beschreibung der Bandbreite sowie die durchschnittliche Gesamtrate der aus den Kliniken gemeldeten Daten und der von der Bundesstelle Qualitätssicherung vorgegebene Referenzwert, sofern für den jeweiligen Qualitätsindikator vorgegeben.

Quelle: Qualitätsbüro Bremen

7 Jahre Mammographie-Screening in Bremen

Interview mit dem programmverantwortlichen Arzt des Screenings in Bremen

Seit 2001 wird in Bremen das Mammographie-Screening durchgeführt. Zunächst war die Stadt eine von drei Modellregionen, in denen die Umsetzbarkeit des Screenings getestet wurde. Diese Modellphase endete Anfang 2005 und das Screening ging im April 2005 in die Regelversorgung für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren über. Inzwischen ist das Screening, neben den Früherkennungsmaßnahmen in der gynäkologischen Praxis und der Selbstuntersuchung durch Ertasten, ein anerkannter Baustein in der Früherkennung von Brustkrebs. Begleitet war und ist das Screening von einer kritischen Beobachtung, die sich besonders auf die Belastungen, die es für die Frauen bedeuten kann, bezieht.

STICHWORT: 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. Von 2001 bis 2006 haben rund 88.000 Frauen am Screening in Bremen teilgenommen, dabei wurden etwa 650 Mammakarzinome entdeckt. Für das Jahr 2007 wird eine Teilnahmezahl von 28.000 Frauen erwartet.

Die Qualitätsanforderungen an die befundenden Ärzte im Screening sind 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.

Weitere Informationen:

www.mammascreening-bremen.de

www.mammascreening-bremerhaven.de

(Wird demnächst freigeschaltet.)

Daniel Krastel ist programmverantwortlicher Arzt für das Mammographie-Screening in Bremen.

▼ Herr Krastel, eine von 20 zur Mammographie eingeladenen Frauen muss sich zur Abklärung eines Anfangsverdachts auf ein Karzinom weiter untersuchen lassen. Das klingt sehr viel. Wird im Rahmen des Screenings zu sensibel diagnostiziert?



Daniel Krastel

▲ Wenn man das Ziel, sehr kleine und gut behandelbare Mammakarzinome zu finden, erreichen will, muss man eine gewisse Quote an „falschem Alarm“ in Kauf nehmen. Die erlaubte Quote von Abklärungsuntersuchungen liegt im Mammographie-Screening bei 7 Prozent für die erste Screeningrunde und bei 5 Prozent für die folgenden Screeningrunden. Dies wurde auf der Basis internationaler Erfahrungen in den Programmrichtlinien festgelegt. Wir liegen in Bremen unter diesen Marken. Auch andere Untersuchungsmethoden (Tastuntersuchung, Ultraschalluntersuchung und MRT-Untersuchung) erlauben in der Regel nicht eine Diagnostik in einem Schritt, sondern führen in aller Regel ebenfalls zu einer Verdachtsdiagnose, die durch weitere Untersuchungen geklärt werden muss. Dies ist im Mammographie-Screening nicht anders. Jedenfalls nicht bei den kleinen Befunden, um die es hier geht. Die Abklärungsdiagnostik beinhaltet eine Ultraschalluntersuchung und gegebenenfalls zusätzliche Mammographieaufnahmen. Nur wenn sich der Anfangsverdacht durch diese Untersuchungen nicht widerlegen lässt, wird eine Gewebeprobe mittels Stanzbiopsie in örtlicher Betäubung vorgenommen. Dies ist in etwa bei einem Drittel der Abklärungsfälle erforderlich und führt bei mehr als 50 Prozent der durchgeführten Biopsien zur Diagnose Brustkrebs. Insgesamt beträgt die Karzinomentdeckungsrate bezogen auf die Teilnahmezahl 0,85 Prozent für die erste Screeningrunde und etwa 0,6 Prozent für die folgenden Screeningrunden. Das heißt, dass bei 8,5 von 1000 Frauen

beim ersten Screening ein Tumor entdeckt wird und diese Zahl beim zweiten Screening zur Zeit auf 6 von 1000 Frauen sinkt.

▼ **Bei wie viel Prozent der Frauen, bei denen ein Tumor entdeckt wird, ist dieser größer als 2 Zentimeter und wie ist die Prognose für diese Frauen im Vergleich zu denen mit einem Tumor, der kleiner als 2 beziehungsweise unter 1 Zentimeter ist?**

▲ Der Anteil der Tumore, die größer als 2 Zentimeter sind, sinkt in der zweiten Screeningrunde auf etwa 10 Prozent. Tumore zwischen 2 und 5 Zentimeter werden in das Stadium T2 eingestuft und haben eine Langzeitüberlebensrate von etwa 70 Prozent. Insgesamt erkranken in Deutschland zirka 55.000 Frauen jedes Jahr neu an Brustkrebs. Von allen erkrankten Frauen versterben etwa 18.000, das heißt ein Drittel an dieser Erkrankung. Das bedeutet aber auch, dass zwei Drittel der betroffenen Frauen die Erkrankung langfristig überleben. Man erhofft sich von der früheren Diagnose im Mammographie-Screening, dass ein größerer Anteil an Frauen die Tumorerkrankung langfristig überlebt. Die Langzeitüberlebensrate der T1-Tumore, wie sie im Screening meist gefunden werden, beträgt über 90 Prozent.

▼ **Nach wie vor wird der Nutzen des Screenings aber auch kritisch gesehen. Beispielsweise wird auf die Problematik des in-situ-Karzinoms hinge-**

wiesen. Wie definieren Sie den Nutzen des Screenings für die teilnehmenden Frauen?

▲ Kritik am Screening wird aus zwei vollkommen entgegengesetzten Richtungen geübt. Zum einen wird kritisiert, dass das Mammographie-Screening eine zu große Belastung für gesunde Frauen darstelle, die ja keinerlei Profit von dem Mammographie-Screening haben. Profitieren können nämlich naturgemäß nur solche Frauen, die auch an Brustkrebs erkranken. Zum anderen wird kritisiert, dass das Mammographie-Screening zu wenig tue, da man sich mit der Mammographie zu stark auf eine einzige Methode verlasse. Insofern ist das Mammographie-Screening eine Gratwanderung, bei der versucht wird, den verschiedenen, sich teilweise auch widersprechenden Anforderungen gerecht zu werden. Der Nutzen für die teilnehmenden Frauen besteht darin, dass sie sicher sein können, dass durch umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung überflüssige Belastungen vermieden werden und dass alles dafür getan wird, einen hohen Qualitätsstandard einzuhalten. Für die Frauen, die nicht an Brustkrebs erkrankt sind, soll damit die Belastung so gering wie möglich gehalten werden bei einem höchstmöglichen Maß an Sicherheit. Für die Frauen, die an Brustkrebs erkranken, soll durch eine frühzeitige Diagnose die Prognose erheblich verbessert werden. Dabei soll das Mammographie-Screening keinesfalls die Früherkennungsuntersuchung durch den Frauenarzt ersetzen oder die Behandlung von erkrankten Frauen übernehmen.

Abwägung für die Frau

Für die zum Screening eingeladene Frau kann diese Früherkennungsmaßnahme zu einem willkommenen Baustein in der Früherkennung werden und das gute Gefühl geben, zum Schutze der eigenen Gesundheit alles getan zu haben.

Die Teilnahme kann von ihr aber auch kritisch hinterfragt werden, wie Dr. Giersiepen vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) die Abwägung zusammenfasst: „Ein im Schnitt durch die Screeningmammografie vier Jahre früher entdeckter Tumor sorgt in dieser Zeit erst einmal für eine Verschlechterung der Lebensqualität. Ohne Mammografie hätte die Frau ihr Leben ohne Wissen über eine Krebsdiagnose unbeeinträchtigt weitergelebt. Wenn der Tumor aber später und in einem anderen Wachstumsstadium entdeckt

wird, ist die Wahrscheinlichkeit einer Einschränkung der Lebensqualität natürlich höher.“

In-situ Karzinome

Hinzu kommt die Problematik des dukalen Karzinoms in situ (DCIS). Dabei handelt es sich um entartete Zellen des Milchganges, die sich dort „am Ort“ (lat.: in situ) befinden und noch nicht fortschreiten. Solche Karzinome sind in der Regel nicht tastbar und machen nach Schätzungen etwa 15 Prozent aller Brustkarzinome aus. Es wird angenommen, dass sich die Hälfte der in-situ Karzinome in einem Zeitraum von 10 bis 20 Jahren zu invasiven Karzinomen entwickeln. Genaue Zahlen eines unbehandelten in-situ Karzinoms sind nicht bekannt, da der Verlauf der Erkrankung nicht abgewartet und beobachtet werden kann.

Es ist also möglich, dass ein positiver Befund durch die Mammographie ein Karzinom entdeckt, das nicht invasiv geworden wäre, das aber trotzdem operativ entfernt wird und anschließend eine Bestrahlung erfolgt. Andererseits könnte die Nicht-Entdeckung zu einem invasiven Karzinom führen, das möglicherweise nicht mehr Brust erhaltend operiert werden kann, oder sogar tödlich verläuft.

Eine statistische Abwägung über die Teilnahme am Screening zu treffen, ist für die einzelne Frau kaum möglich. Die Entscheidung kann nur aus individuellen Beweggründen geschehen und diese sind von ihrer persönlichen Lebenseinstellung abhängig, von ihrem Wissen um eine erbliche Vorbelastung, von den Erfahrungen mit der Erkrankung Krebs im eigenen Umfeld und von vielen anderen Faktoren, die Entscheidungen beeinflussen.

Möglichst frühe Erkennung

Eine Teilnahme an der Untersuchung kann Brustkrebs nicht verhindern. Wird aber ein Krebs entdeckt, dann bietet das Screening in der Regel die Vorteile einer Früherkennung: bessere Behandlungs- und Heilungschancen. Aus Sicht der Krankenkassen ist daher die Möglichkeit, Tumore in einem frühen Stadium zu entdecken, das Hauptargument für das Screening. Denn es wird erwartet, dass die frühe Entdeckung eine schonendere Behandlung und die Erhaltung der Brust ermöglicht und dass ein größerer Anteil der Frauen langfristig die Erkrankung überlebt. Ein positiver „Nebeneffekt“ des Screenings ist, dass ein nicht unerheblicher Teil der Frauen, die zur Untersuchung kommen, bisher nicht regelmäßig oder gar nicht zur Krebsvorsorge in die gynäkologische Praxis gegangen sind.

Förderung der Selbsthilfe ab 2008 neu geregelt

Zum 1. Januar 2008 tritt die gesetzliche Neuregelung des § 20c SGB V in Kraft. Dadurch erfolgt die Förderung der Selbsthilfe über zwei Förderstränge: Die kassenartenübergreifende und die kassenindividuelle Förderung. Zukünftig werden Anträge auf Erstattung von Pauschalkosten (Büroausstattung, Sachkosten, Fortbildungen..) aus einem gemeinsamen Topf der Krankenkassen gefördert, während

beantragte Projekte (Veranstaltungen, besondere Vorhaben...) direkt von den einzelnen Krankenkassen zu fördern sind.

Für die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Kontaktstellen in Bremen ändert sich nicht viel. Sie können weiterhin ihre Anträge an eine der gesetzlichen Krankenkassen in Bremen richten – diese führt den Antrag entweder der gemeinsamen Förderung der Krankenkassen zu oder bearbeitet ihn selbst, wenn es sich um die Förderung für ein bestimmtes Projekt handelt. Eine Änderung betrifft allerdings die Frist für Anträge auf Pauschalförde-

rung. Bisher konnten alle Anträge auf Selbsthilfeförderung jederzeit bei den Krankenkassen eingereicht werden. Für die Projektförderung durch die einzelne Krankenkasse gilt dies weiterhin. Für die Beantragung von Pauschalkosten im Rahmen der gemeinsamen Förderung haben die Krankenkassen ab 2008 allerdings zwei Fristen eingerichtet: Die Anträge für die erste „Förderrunde“ müssen bis zum 15. Februar bei einer der Bremer Kassen vorliegen. Dies ist der Termin für die Hauptvergabe der Mittel. Für die zweite „Förderrunde“ sind die Anträge bis zum 15. September einzureichen.

Mit einem Rundschreiben an die Bremer und Bremerhavener Selbsthilfegruppen haben die Krankenkassen über das neue Förderverfahren informiert und bereits die neuen Antragsformulare versendet, die auch direkt bei den Krankenkassen sowie über die Selbsthilfekontaktstellen Netzwerk Selbsthilfe (Bremen) und Bremerhavener Topf erhältlich sind. Dort bekommen interessierte Gruppen auch die aktuelle Informationsbroschüre der Bremer Krankenkassen zur Selbsthilfeförderung.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Benningensenstraße 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



Informationsbroschüre der Krankenkassen