

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE FRÜHFÖRDERUNG: Alles aus einer Hand | KEIME: MRE-Netzwerk in Bremen | INTERVIEW mit Dr. Augurzky zur Krankenhausreform | MAMMOGRAFIE: 10 Jahre Screening

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . FEBRUAR 2015

VDEK - GESUNDHEITSDATEN

Statistik für alle



GRAFIK vdek

Das neue Jahr beginnt mit einem aktuellen Rundblick auf das Gesundheitswesen – mit der 19. Auflage der vdek-Broschüre „Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015“. Sie enthält aufbereitete Daten für ganz Deutschland. In fünf Kapiteln werden Entwicklungen und Zusammenhänge ausgewählter Themen mittels Grafiken, Tabellen und Flussdiagrammen dargestellt. Bevölkerungs- und Versichertendaten sind ebenso enthalten wie Finanz- und Strukturdaten der Versorgungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der sozialen Pflegeversicherung. Denn eine gute Datenbasis ist wichtig, um die Gesundheitspolitik besser zu verstehen. Neben der Printausgabe ist die Broschüre auch im Internet zu finden: www.vdek.com/presse/daten.html Hier sind auch noch weitere Übersichten für den Download bereitgestellt. Unser besonderer Service: Die Statistiken werden im Netz laufend aktualisiert.

GESETZGEBUNG

Es gilt: Besondere Vorsicht vor Ausgabensteigerungen!

Das neue Jahr hat begonnen und bei den vielen Reformvorhaben der großen Koalition ist abzusehen, dass es in der Gesundheitspolitik so turbulent weitergeht, wie das alte Jahr aufgehört hat. Was erwartet uns in 2015?

Zunächst einmal die positive Nachricht: Der Zusatzbeitrag in Form einer Kopfpauschale ist abgeschafft. Seit Beginn des Jahres wird dieser einkommensabhängig berechnet und das bürokratische Monster „Sozialausgleich“ entfällt. Trotzdem heißt es weiterhin: Vorsicht vor Ausgabensteigerungen! Denn mit der neuen Finanzarchitektur wurde der Arbeitgeberanteil des Kassenbeitrags auf 7,3 Prozent eingefroren. Zukünftige Kostensteigerungen werden also mit dem Zusatzbeitrag allein den Versicherten aufgeladen.

Die Ersatzkassen werden daher bei allen Gesetzesinitiativen ihren Blick sehr genau auf die finanziellen Auswirkungen, Einsparmöglichkeiten und auf den Nutzen für die Patienten richten. Nachhaltig beschäftigen werden uns in 2015 das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das Präventionsgesetz. Beide befinden sich nach den erfolgten Kabinettsbeschlüssen im Dezember nun im parlamentarischen Verfahren. Außerdem wird das Anfang Dezember beschlossene Eckpunktepapier zur Krankenhausreform diskutiert und in einen Gesetzentwurf gegossen werden.

Das Versorgungsstrukturgesetz bringt gute Ansätze für die ambulante Versorgung, greift aber teilweise in der Umsetzung zu kurz. So ist es richtig, die Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Gebieten stoppen zu wollen. Es ist allerdings inkonsequent, aus der bisherigen Kann-Regelung zum Praxisaufkauf durch die Kassenärztliche Vereinigung lediglich eine Soll-Bestimmung zu machen. Wenn nicht auch der Abstimmungsmodus im Zulassungsausschuss geändert wird, fällt bei Stimmgleichheit zwischen Ärzten und Krankenkassen auch zukünftig das Votum für eine Nachbesetzung aus – die Regelung würde also ins Leere laufen.

Ein Geschenk an die Ärzte ist die Regelung zur Anpassung der Honorare in einigen Regionen. Die Notwendigkeit ist fraglich, wenn sich gerade vor dem Hintergrund unterschiedlicher Krankheitslasten in den Regionen differenzierte Vergütungen herausgebildet haben. Diese Regelung ist nicht mehr als ein Honorarzuschlag mit Mehrkosten von bis zu 460 Millionen Euro pro Jahr. Verbesserungen in der Versorgung werden damit nicht bewirkt.



Beste Zeit zu hinterfragen



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesetzgebung: Die Verschiebung von Lasten in die gesetzliche Krankenversicherung. Bereits 2009 hat ein Gutachten des Professor Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung gezeigt, dass politische Entscheidungen zur Entlastung anderer Sozialsysteme und des Staates die GKV mit 45,5 Milliarden Euro pro Jahr belasten.

Die privaten Krankenversicherer lehnen sich ebenfalls entspannt zurück und nutzen die von den gesetzlichen Kassen finanzierten Strukturen des Gesundheitswesens. Und wenn der Bund zur Finanzierung eines Fonds für die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft jetzt wieder auf den Gesundheitsfonds der GKV zurückgreift, bleibt dies auch so.

Doch spätestens jetzt, wo die Versicherten zukünftige Kostensteigerungen über den Zusatzbeitrag allein tragen werden, muss dieser Automatismus gestoppt werden. Derzeit sind die Staatskassen durch reichliche Steuereinnahmen gefüllt – die beste Zeit, um diesen Weg zu verlassen. Die Gesetzgebungsverfahren laufen und es ist ausreichend Zeit, die Finanzierung des Strukturfonds und der Prävention zu überdenken. Aber auch, um „Honorargeschenke“ zu hinterfragen und das Ziel der einheitlichen Qualität in den Kliniken verbindlich in die Krankenhausplanung zu überführen.



Prävention ist gemeinsame Aufgabe

Dass Prävention sinnvoll und notwendig ist, kann niemand bezweifeln. Besonders vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Erkrankungen ist eine Änderung des Lebensstils durch Bewegung, gesundes Essen und Entspannung die wirksamste Strategie um gegenzusteuern. Hier gilt es besonders Menschen zu erreichen, die weniger Ressourcen haben, sich um ihre Gesundheit zu kümmern. Der Gesetzentwurf sieht allerdings ausschließlich die Krankenkassen in der Pflicht. Das wird Mehrausgaben von 270 Millionen Euro zur Folge haben, ohne dass Bund, Länder, Kommunen, private Krankenversicherer oder die anderen Sozialversicherungsträger zu einer gemeinsamen Bemühung um die Prävention einbezogen werden.

Dass zudem 35 Millionen Euro der Krankenkassenbeiträge für Präventionsaktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung gestellt werden sollen, ist nicht hinnehmbar. Die Vertreter der Ersatzkassen haben bereits bei der Verbändeanhörung des Bundesgesundheitsministeriums klargestellt, dass die Arbeit der BZgA nicht mit Versichertengeldern der gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren ist.

Krankenhäuser

Die Eckpunkte zur geplanten Krankenhausreform greifen wichtige Fragen der

Krankenhausversorgung auf: Wie viele Krankenhäuser brauchen wir? Wie legen wir fest, welche wir brauchen? Wie bekommen wir ein einheitliches Qualitätsniveau?

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist nicht mehr zeitgemäß. Es gibt zu viele Kliniken, die oft parallel gleiche Leistungen anbieten. Der geplante Strukturfonds soll es für Krankenhäuser oder Klinikverbünde finanziell attraktiv machen, Abteilungen aufzugeben oder Kliniken zu schließen. Allerdings wird hier wieder ausschließlich auf die Mittel der Krankenkassen zurückgegriffen, um diesen Fonds zu finanzieren, obwohl die bestehenden Strukturen Ergebnis nicht erfolgter Krankenhausplanung sind. Auch hier wäre der Einsatz des Bundes gefragt, um nicht zukünftig die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit diesen Kosten zu belasten.

Dass die Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt werden soll, ist sehr zu begrüßen. Allerdings fehlt bisher die Verpflichtung der Länder, entsprechende Maßnahmen auch umzusetzen. Für eine wirkliche Krankenhausreform muss konsequent formuliert werden, welche Elemente verpflichtend in die Krankenhausplanung einzubinden sind.

Diese und viele weitere Aspekte werden die Ersatzkassen auch in diesem Jahr verfolgen, damit sich die gesetzliche Krankenversicherung im Sinne ihrer Versicherten entwickelt. ■



Niedrigschwellig und früh fördern macht Sinn

Frühförderung ist medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Therapie für Kinder von Geburt bis zum Schulbeginn. Sie soll leicht zugänglich sein und nicht bei unterschiedlichen Stellen beantragt werden müssen.

An der Tür hängt ein Plan: Mittwochs um 10 Uhr hat Leon bei Frau Müller hier im Raum Logotherapie. Der Raum befindet sich allerdings nicht in einer Praxis, sondern in Leons Kindertagesstätte. Bisher musste er immer nach der Kita mit seiner Mutter zu einer logopädischen Praxis gehen. Das ist jetzt viel einfacher geworden.

Von seiner zu frühen Geburt hat Leon sich insgesamt gut erholt und ist in seiner Entwicklung gar nicht so weit von den anderen Kindern entfernt. Bei einigen Dingen ist er aber noch nicht so schnell wie die anderen, braucht Hilfe beim Verständnis von Zusammenhängen oder dabei, sich in das Gruppengeschehen einzubringen. Daher bekommt Leon zusätzlich heilpädagogische Unterstützung von Frau Schöller, die versucht, mit ihm möglichst in den Kita-Alltag zu integrieren, was er noch lernen muss, bis er zur Schule kommt.

Die Komplexleistung besteht aus unterschiedlichen Hilfen

Die Komplexleistung Frühförderung besteht aus einem medizinisch-therapeutischen Anteil (Physio-, Logo- oder Ergotherapie), für den die Krankenkassen zuständig sind, und einem heilpädagogischen Anteil, den die Sozialbehörde trägt. Sie soll „aus einer Hand“ angeboten werden, damit sie nicht bei unterschiedlichen Stellen beantragt werden muss. Sie ist gedacht für Kinder mit bestehender oder drohender Behinderung, von Geburt bis zum Schulbeginn. Über die Kostenteilung, das Beantragen und die Voraussetzungen

haben die Krankenkassen und die Sozialbehörde Vereinbarungen getroffen, die einen niedrigschwelligen Zugang zu den Frühförderstellen und deren Dependancen in Kindertagesstätten regeln.

»Frühförderung soll ›aus einer Hand‹ angeboten werden.«

Der Weg in die Frühförderung führt über die Kinderarztpraxis. Entweder wird dort festgestellt, dass ein Kind Entwicklungsdefizite hat, oder die Eltern waren bereits in der offenen Beratung einer der Frühförderstellen und gehen daraufhin selbst mit der Vermutung zum Kinderarzt, dass ihr Kind komplexe Förderung braucht. Bestätigt sich dies, wird das Kind an die Früherkennungsstelle am Sozialpädiatrischen Institut des Klinikums Mitte oder an das Neuropädiatrische Institut der Klinik am Bürgerpark in Bremerhaven überwiesen. Hier wird sorgfältig diagnostiziert, wo die Schwächen liegen und wo die Therapie ansetzen muss.

Eltern haben die Wahl zwischen Frühförderstelle oder Dependancen in einigen Kitas

Wird die Frühförderung bewilligt, können Eltern wählen, ob sie ihr Kind regelmäßig in eine der neun Frühförderstellen im Land Bremen bringen wollen, oder ob sie für ihr Kind eine Krippe oder Kita wählen, die Dependance einer Frühförderstelle ist.

Diese Dependancen haben strenge räumliche, organisatorische und personelle Voraussetzungen zu erfüllen. Beispielsweise müssen die Therapieräume von den Betreuungsräumen abgegrenzt sein und eine bestimmte Größe haben, es muss Therapie- und Spielmaterial vorhanden sein und ein festes Team von Therapeuten geben. Wichtig ist auch, dass sich die Therapie an den Abläufen in der Kita orientiert und die Eltern einbezogen werden. So können thematische Inhalte oder auch die Übung bestimmter Fertigkeiten mit Pädagogin-

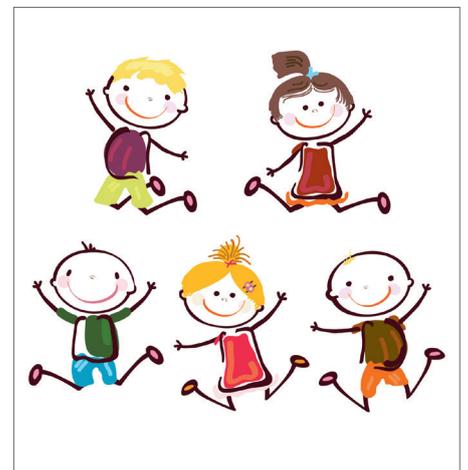


ILLUSTRATION: dip - Fotolia.com

nen und Eltern abgestimmt und in den Alltag übernommen beziehungsweise aus dem Alltag in die Therapie integriert werden.

Träger der Frühförderstellen in Bremen sind: die Bremische Evangelische Kirche, die AWO Bremen, der Verein Lebenshilfe Bremen, das Deutsche Rote Kreuz Bremen, der Verein Conpart und die Hans-Wendt-Stiftung. In Bremerhaven bieten die AWO, der Verein Lebenshilfe Bremerhaven und Alle in einem Boot die Komplexleistung Frühförderung an. ■

Netzwerk gegen Keim-Komplikationen

Krankenhauskeime sind tückisch und oft tödlich. Um sie einzudämmen, müssen alle Beteiligten eng zusammen arbeiten. Diese Lehre hat man in Bremen aus dem Keimskandal gelernt – und unter anderem mit der Gründung eines Netzwerkes reagiert.

Erste Treffen unter Experten aus Gesundheitsamt und Krankenhäusern hatten bereits 2008 stattgefunden. Doch nach den durch Keime verstorbenen Frühchen im Klinikum Mitte 2011 wurde die Dringlichkeit auch allen anderen Akteuren bewusst. Mittlerweile hat das Netzwerk etwa 100 Mitglieder, darunter mehr als 70 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und ganz neu auch zwei niedersächsische Krankenhäuser. Zum Runden Tisch, der sich zweimal im Jahr trifft, kommen darüber hinaus auch niedergelassene Ärzte, Patientenvertreter und Krankenkassen.

Und so, wie sich der Kreis der Teilnehmer im Laufe der Zeit immer mehr ausweitete, wird auch der Fokus auf immer mehr multiresistente Erreger (MRE) erweitert. Folgerichtig wurde das ursprünglich auf Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) konzentrierte Netzwerk jetzt umbenannt in MRE-Netzwerk Land Bremen.

Die Kliniken im Netzwerk haben sich freiwillig verpflichtet, Nasenabstriche bei neuen Risiko-Patienten zu nehmen. Am Runden Tisch werden die Daten, die alle Krankenhäuser anonymisiert dem Qualitätsbüro übermitteln, vorgestellt. Gesammelt werden neben der Anzahl der Einganguntersuchungen auch die der tatsächlichen MRSA-Fälle und wie lange MRSA-Patienten stationär behandelt werden mussten. Dabei konnte deutlich beobachtet werden, dass mit der Ausweitung des so genannten Screenings auch die Zahl der Patienten mit multiresistenten Keimen steigen. „Wo mehr gesucht wird, wird auch mehr gefunden“, sagen Experten. Daher könne die höhere Zahl von erfassten MRSA-Fällen (von 2012 auf 2013 um ca. 15 Prozent auf 2.887 Fälle) mit mehr Patientensicherheit

gleichgesetzt werden. Ob diese Schlussfolgerung stimmt oder nicht – auf jeden Fall ist die Sanierung von mit Keimen besiedelten Patienten vor der stationären Aufnahme relativ einfach und kann ambulant zuhause erfolgen. Ist der Keim jedoch erst im Krankenhaus und dringt in offene Wunden und geschwächte Körper, dann hilft gegen die resistenten Keime oft kein Antibiotikum mehr.

Broschüren für Patienten und Einrichtungen

Neben der Datenanalyse entwickelt das Netzwerk in verschiedenen Arbeitsgruppen auch konkrete Broschüren für Patienten, Angehörige und Einrichtungen, Sanierungsschemata oder Checklisten bei der Krankenhaus-Aufnahme sowie die so genannte Bremer Fibel, die das Vorgehen beim Krankentransport ansteckender

Patienten festhält und in jedem Krankenwagen in Bremen hängt.

Nicht ganz so verbreitet ist bislang die Nutzung des MRE-

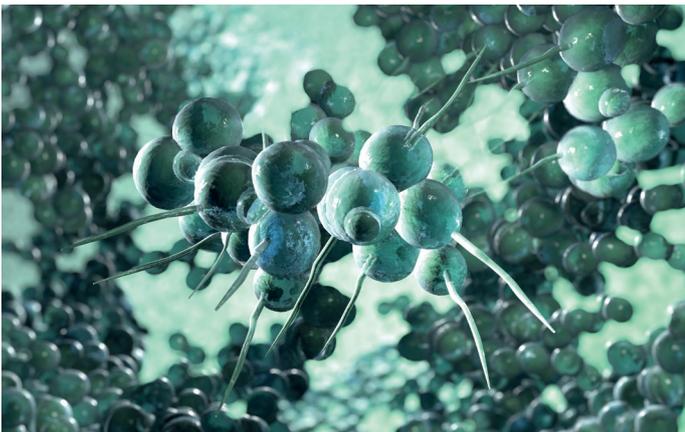
»Wo mehr gesucht wird, wird mehr gefunden.«

Übergabebogens, der die wichtigsten Informationen bei der Entlassung von MRE-Patienten zwischen Krankenhaus und weiterbehandelndem Arzt oder Pflegeeinrichtung vermitteln soll. Hier bemüht sich das Netzwerk zusammen mit der Gesundheitsbehörde um Verbesserung.

Neue Hygieneaudits entwickelt

Ein Erfolg sind jedoch die im Rahmen des Landesaktionsprogramms Krankenhaushygiene durchgeführten Hygieneaudits, die im Netzwerk vorbereitet und begleitet wurden. Die gebündelte Fachkompetenz aus dem stationären Bereich, von Laboren und Hygienemedizinern hat Verfahren entwickelt, nach denen in jedem Bremer Krankenhaus alle zwei Jahre überprüft wird, ob die Hygiene stimmt. Bei den ersten Probeaudits wurden keine gravierenden Mängel festgestellt.

Krankenhauskeime verhindern kann kein Netzwerk, aber die Verbreitung kontrollieren und die Risiken der Ansteckung minimieren. Daher möchte das MRE-Netzwerk im Land Bremen allen Beteiligten mehr Sicherheit im Umgang damit vermitteln. Je mehr mitmachen, desto besser können Keim-Komplikationen vermieden werden. ■



EIN MRSA-ERREGER unter dem Rastermikroskop

„Überversorgung reduzieren ist am schwierigsten“

Alle reden über Krankenhausreform. Der vdek ist mit einem Gutachten vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) einen Schritt weiter gegangen. Im Interview mit dem ersatzkasse report. Bremen erklärt Dr. Boris Augurzky vom RWI einige Ergebnisse:

vdek Bislang ist Krankenhausplanung vorwiegend Ländersache, die Krankenkassen als Kostenträger haben wenig mitzuentcheiden. Warum machen sich die Ersatzkassen Gedanken, wie die Krankenhausplanung in Zukunft aussehen könnte?

Dr. Boris Augurzky Im Krankenhausbereich gilt nicht immer das Prinzip „wer bestellt, der zahlt“. Konkret: die Länder „bestellen“ gerne großzügige Krankenhausstrukturen. Gleichzeitig tragen sie wenig dazu bei, die nötigen Investitionen zu tragen. Sie überlassen den Kassen eine suboptimale Krankenhausstruktur und die damit zusammenhängenden höheren Betriebskosten. Kassen müssen sich daher auch Gedanken zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung machen.

vdek Die Regierung plant ein neues Qualitätsinstitut, der vdek fordert, für schlechte Qualität solle gar nicht gezahlt werden, für gute dagegen könnten Zuschläge vereinbart werden. Was muss getan werden, damit sich die Qualität tatsächlich verbessert?

B.A. Die Vergütung zieht immer. Wenn qualitätsorientiert vergütet wird, wird am Ende Qualität herauskommen. Es ist jedoch nicht leicht, Qualität vollumfänglich zu messen. Auch wenn der Weg dorthin lang und steinig ist, kann man durchaus mit einigen Leistungssegmenten, wo es heute schon gute Maße gibt, starten. Alles andere kann schrittweise folgen. Auch würde schon Qualitätstransparenz viel helfen. Wenn sich nur 5 oder 10 Prozent der Patienten daran orientieren würden bzw. könnten, würden sich Patientenströme spürbar verändern. Allein diese Abstimmung mit den Füßen

hätte einen großen Effekt auf die Erlöse der Krankenhäuser.

vdek Eine flächendeckende Versorgung ist, anders als in Flächenländern, in einem Stadtstaat wie Bremen mit zwölf Häusern nicht unbedingt problematisch. Aber wie kann verhindert werden, dass die Krankenhäuser nicht eine Überversorgung produzieren?

B.A. Das ist das schwierigste Thema. Einer drohenden Unterversorgung kann effektiv begegnet werden. Überversorgung heißt dagegen, dass mehr geleistet wird als medizinisch erforderlich wäre. Eine Methode, dem entgegenzuwirken, ist die lokale Begrenzung der Krankenhauskapazitäten in Bereichen, in denen Leistungen weit überdurchschnittlich häufig erbracht werden. Das Problem ist aber: Neue Angebote und Überkapazitäten befördern auch den Wettbewerb, der dem Patienten wiederum nutzt und Fortschritte mit sich bringt. Selektivverträge für diese Leistungen könnten flexibel auf lokale Belange eingehen.

vdek Die Krankenhäuser beklagen, dass sie zu wenig Geld erhalten, Tatsache ist aber auch, dass die Ausgaben der Krankenkassen im stationären Bereich beständig steigen. Was müsste geändert werden, damit das Geld besser ankommt?

B.A. Fakt ist, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser derzeit im Schnitt schlecht ist, es wird zu wenig investiert. Fakt ist aber auch, dass die Krankenkassen in wenigen Jahren mit massiven Defiziten umgehen müssen. Allein die Beitragsätze zu erhöhen und damit die jüngeren

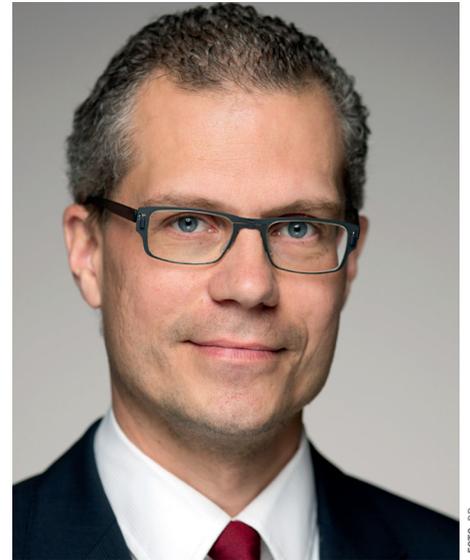


FOTO PR

DR. BORIS AUGURZKY vom RWI

zu belasten, wird nicht funktionieren. Wir brauchen daher im Gesundheitswesen Lösungen, die einerseits aus Patientensicht weiterhin hohe Qualität liefern und ungesteuerte Rationierung vermeiden und andererseits Beitragszahler nicht deutlich stärker belasten. Offenbar geht dies nur über mehr Effizienz. Konkret: wir brauchen effizientere Krankenhausstrukturen, integrierte und vernetzte Versorgungsangebote mit einer patientenzentrierten Medizin. Die Krankenhausplanung 2.0 ist ein Schritt in diese Richtung. Aber auch manche Leistungserbringer machen sich bereits eigenständig auf diesen Weg.

vdek Im RWI-Gutachten werden auch z.B. Vorschläge gemacht bezüglich verbindlicher Strukturanforderungen für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen wollen. Diese sind teilweise sehr detailliert – warum?

B.A. Das Gutachten soll keine Zukunftsvision aufzeigen, sondern praktikable Wege, die es erlauben, die ersten Schritte einer Krankenhausplanung 2.0 zu gehen. Es ist nicht nötig zu warten, bis erst umfängliche Voraussetzungen geschaffen werden. Vieles ist heute schon möglich. Das Gutachten hat daher auch konkrete und detaillierte Umsetzungsschritte formuliert. ■

Stand nach zehn Jahren Früherkennungsprogramm

Brustkrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Um die Sterberate zu senken, wurde vor zehn Jahren das Mammografie-Screening eingeführt. Dessen Nutzen wird aber bis heute diskutiert. Wie umgehen mit einer Chance, die vielleicht nicht immer eine ist?

Der Bundestag war 2002 zu der Erkenntnis gekommen, dass die in den gynäkologischen Praxen erfolgten Mammografien nicht zu einer Absenkung der Brustkrebssterblichkeit geführt hatten. Es war nicht gelungen, die Zahl der radikalen Operationen zu senken und es gab zu viele falsch-positive und falsch-negative Befunde. Dies wurde zum Auslöser für ein flächendeckendes Screening und aus den festgestellten Defiziten wurden Qualitätsanforderungen: Eine gezielte Einladung der Frauen, hohe Qualität der Geräte und deren ständige Kontrolle sowie die Doppelbefundung durch zwei intensiv ausgebildete Spezialisten.

Seit 2005 werden in Deutschland Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zum Screening eingeladen – seit 2009 flächendeckend. Mit dem Erfolg, dass seitdem die Zahl der neu entdeckten Tumore mit einer günstigen Prognose gestiegen ist: die In-Situ-Karzinome (Krebsvorstufen, die sich noch auf ihren Ursprungsort begrenzen) von 7 auf 19 Prozent und die sehr kleinen Tumoren (unter 10 Millimeter) von 14 auf 35 Prozent.

Die neu entdeckten Brustkrebsfälle ohne Lymphknotenbefall stiegen seit Einführung des Screenings von 57 auf 78 Prozent. Positiv ist auch die gegenläufige Entwicklung der Tumore in fortgeschrittenem Stadium: Sie sanken von 55 auf 26 Prozent.

Kurz gesagt: Es werden deutlich mehr Tumore mit günstiger Prognose entdeckt und die Brustkrebsfälle vor dem Übergang in ein fortgeschrittenes Stadium



FOTO: Kaufmännische Krankenkasse – KKH

werden ebenfalls deutlich häufiger gefunden. Daraus ergibt sich, dass viele Tumore nicht mehr in ein fortgeschrittenes Stadium gelangen, was wiederum schonendere Therapien für die betroffenen Frauen zur Folge hat.

Kritik und Diskussion

Kritiker des Screenings führen allerdings an, dass ein In-Situ-Karzinom durchaus ungefährlich bleiben kann und dass die Entdeckung durch das Screening zu unnötigen Operationen führt. Professor Heindel vom Team des Referenzzentrums Mammographie am Universitätsklinikum Münster hat in Kooperation mit dem Krebsregister Nordrhein-Westfalen 1000 Fälle von In-Situ-Karzinomen evaluiert. Er kommt zu dem Ergebnis, dass es lediglich in 17 Prozent dieser Fälle höchstwahrscheinlich nicht zur Entwicklung von

Brustkrebs gekommen wäre. Das spricht dafür, dass nur wenige In-Situ-Karzinome ungefährlich bleiben und eine Abklärung sinnvoll ist.

Es gibt viele weitere Aspekte, die beim Nachweis des Nutzens des Screenings berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel, dass nicht nur bei den Frauen, die am Screening teilnehmen, die Zahl der neu entdeckten „günstigen“ Tumore zunimmt, oder dass die Brustkrebsmortalität bereits vor dem flächendeckenden Screening rückläufig war. Es muss bedacht werden, dass sich auch die Mammografie in den gynäkologischen Praxen qualitativ weiterentwickelt – auch, weil viele niedergelassene Gynäkologen im Screening tätig und dadurch in der Diagnostik besonders gut ausgebildet sind. Letztendlich sind auch die Therapiemöglichkeiten besser geworden und haben einen Effekt auf die Mortalität.

Schwieriger Vergleich beim Nachweis des Nutzens

Die epidemiologische Datenlage und die Erhebung des Einflusses von Screeningprojekten anderer Länder auf die Mortalität und Krankheitsverläufe sind sehr verschieden. Und auch systematische Übersichtsauswertungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, die keinen Rückschluss auf den Erfolg des Screenings in Deutschland ermöglichen. Die Studie einer Arbeitsgruppe des Europäischen Screening Netzwerks beispielsweise kommt mit Daten von 12 Millionen Frauen aus 18 Ländern 2012 zu dem Ergebnis, dass durch Screenings 16 von 2000 Frauen gerettet werden. Ein Bericht des Cochrane-Netzwerks, das systematische Übersichtsstudien zur Bewertung von Therapien macht, zieht hingegen den Schluss, dass nur eine von 2000 Frauen gerettet wird. Zu unterschiedlich sind die Screenings aufgebaut und zu unterschiedlich auch die Studien, schon bei der Auswahl der Vergleichsgruppen. Beim klinischen Nachweis des Nutzens des Screenings ist man also auf den nationalen Vergleich von Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen angewiesen.

Derzeit läuft an der Universität Münster die Machbarkeitsstudie zum Screening, auf deren Grundlage die Evaluation aufgebaut wird. Dazu wird hinterfragt, welche Daten in welcher Form erhoben werden müssen, um eine aussagefähige Evaluation zu ermöglichen. Wenn diese in ein bis zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen ist, kann mit der Evaluation begonnen werden. Mit ersten Ergebnissen ist dann in etwa fünf Jahren zu rechnen.

Paradigmenwechsel in der Früherkennung

Derzeit werden die Informationsmaterialien zum Screening auf Bundesebene überarbeitet, um den Frauen eine wissenschaftlich fundierte, neutrale und umfassende Entscheidungsgrundlage anbieten zu können. Klar muss sein: Weder kann



FOTO Sven Bähren – Fotolia.com

das Screening Brustkrebs verhindern, noch ist jeder Frau dringend zu raten, ihre Brüste röntgen zu lassen, damit sie nicht an Brustkrebs erkrankt.

Bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme ist es wichtig zu wissen, dass das Screening kein „perfektes System“ ist. Es werden auch Tumore gefunden und behandelt, die langsam wachsen, nicht streuen und zu Lebzeiten keine gesundheitlichen Probleme bereiten würden. Oder es wird ein Tumor in einem unheilbaren Stadium entdeckt und die betroffene Frau muss länger mit der Gewissheit leben, ohne dass sie möglicher-

»Das Screening ist kein »perfektes System.«

weise einen Vorteil durch die frühere Entdeckung hat. Aber auch über die Frage, ob es qualitativ vergleichbare Alternativen gibt, muss sachlich informiert werden.

Derzeit läuft ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Forschungsvorhaben des Max-Planck-Instituts, das sich mit der Frage befasst, wie die informierte Entscheidung und die Informationsvermittlung bei den Früherkennungsmaßnahmen für Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs weiter verbessert werden kann. Denn inzwischen hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen, der der informierten, freien Entscheidung den Vorrang vor einer möglichst hohen Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen gibt. ■

VERSORGUNGSVERBESSERUNG

Klinisches Krebsregister für Bremen kommt

Mit dem nationalen Krebsplan wurde 2008 das Ziel formuliert, ein gemeinsames Vorgehen zu erarbeiten, um die Behandlung von Krebserkrankungen zu verbessern. Insgesamt 40 Ziele und 100 Empfehlungen wurden erarbeitet – unter anderem, die Einrichtung von klinischen Krebsregistern in den Ländern. Bis spätestens 2018 sollen diese eingerichtet sein.

In Bremen gibt es bisher ein epidemiologisches Krebsregister. Darin werden die Häufigkeit und regionale Verteilung von Tumorerkrankungen festgehalten. Diese Informationen lassen jedoch keine Schlüsse auf Krankheits- und Behandlungsverläufe oder die Qualität der Behandlung zu. Das klinische Krebsregister geht weit darüber hinaus: Es werden Diagnosen, Krankheitsverläufe und Therapien regelmäßig eingespeist und ausgewertet. So können Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität und optimale Behandlungsverläufe gezogen werden. Das macht klinische Krebsregister zu einer wichtigen Datenquelle für die Weiterentwicklung der Versorgung onkologischer Erkrankungen.

Von der Deutschen Krebshilfe wurden 393.000 Euro Investitionskosten für das klinische Krebsregister in Bremen bewilligt; der laufende Betrieb wird zu etwa 90 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

Die Länder sind nun aufgefordert, die gesetzlichen Voraussetzungen zu regeln. Dazu soll das bestehende Krebsregistergesetz in Bremen angepasst werden, um ein kombiniertes klinisch-epidemiologisches Register über alle in Bremen behandelten Patienten aufbauen zu können. Der entsprechende Entwurf einer Neufassung des Gesetzes ist auf dem Weg. Es soll bis April das parlamentarische Verfahren durchlaufen haben.

BÜCHER

Perspektiven einer Umwälzung

Angesichts einer alternden Bevölkerung in Verbindung mit einem kostenintensiven medizinischen Fortschritt kommen auf Deutschland große Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger zu. Der Autor möchte erreichen, dass perspektivisch gedacht wird. Es muss mehr getan werden, als nur zu reagieren. Art und Umfang der Veränderungen sind eindeutig zu benennen. Er zeigt auf, was getan werden muss, um auf die zu erwartenden Umbrüche in der Gesundheitsversorgung vorbereitet zu sein.



Prof. Dr. med. Fritz Beske
Gesundheitsversorgung von morgen
2014, 133 S., € 29,80
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

Korrumpierte Pharmaindustrie?

Ärzte verlassen sich auf klinische Studien und behandeln danach ihre Patienten, Patienten verlassen sich auf den medizinischen Sachverstand des Arztes und erhalten die bestmögliche Therapie. So ist unser Wunschenken. Doch die Wirklichkeit ist anders: Ben Goldacre beschreibt, wie negative Studienergebnisse durch die Industrie verschwiegen oder manipuliert werden, wie Zulassungsbehörden sie dabei schützen und wie das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflusst wird. Mit Beispielen liefert er Beweise, die die „Pharma-Lüge“ untermauern.



Ben Goldacre
Die Pharma-Lüge.
Wie Arzneimittelkonzerne
Ärzte irreführen und Patienten
schädigen
2013, 448 S., € 19,99
Kiepenheuer & Witsch, Köln

PERSONALIE

Karl L. Nagel in Ruhestand



FOTO vdek

ER HAT BALD MEHR ZEIT FÜR DEN GARTEN:
Karl L. Nagel

50 Jahre im Dienste der GKV, davon 20 Jahre für die Ersatzkassen – diese Bilanz kann der Leiter der Landesvertretung Karl L. Nagel im April 2015 ziehen. Am 15. April wird er im Rahmen eines Ersatzkassenforums verabschiedet und seine Nachfolgerin Kathrin Herbst vorgestellt.

Am 1. April 1965 begann er seine Lehre bei der AOK Bremen, von wo er nach neun Jahren zum AOK-Landesverband wechselte und sich mehr dem Vertragsrecht widmen konnte. Weitere neun Jahre später ging er als Geschäftsführer zur AOK Verden. 1995 wurde er vom damaligen hkk-Geschäftsführer Hans-Hermann Brandes abgeworben. Seitdem ist er dem Ersatzkassenlager fest verbunden und wurde am 1.10.1997 Leiter der Landesvertretung Bremen. Hinzu kam ab 2005 auch die Leitung der LV Mecklenburg-Vorpommern. „Die Fahrerei werde ich nicht vermissen, aber die gute Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Vertragspartner in beiden Landesvertretungen schon“, ist sich Nagel sicher. Langeweile wird nicht aufkommen bei Familie Nagel – bereits im Mai steht eine Studienreise nach Italien auf dem Plan, danach freut sich der Hobby-Handwerker auf Haus und Garten bei Langwedel und seine drei Enkelkinder. Mit bald 66 Jahren fängt das Leben dann noch mal richtig an.

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Bild muss sein

Seit dem 1. Januar 2015 wird in Arztpraxen und Krankenhäusern ausschließlich die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) akzeptiert. Die alte Krankenversicherungskarte gilt nicht mehr, unabhängig vom aufgedruckten Datum. Die flächendeckende Versorgung mit der eGK ist in Bremen fast sichergestellt, nur noch wenige Versicherte müssen die alte Karte umtauschen.

Sichtbarste Neuerung: das Foto des Versicherten. Damit soll Missbrauch verhindert werden. Nur in Ausnahmen kann darauf verzichtet werden, beispielsweise bei Kindern unter 15 Jahren sowie bei pflegebedürftigen Personen. Wer nach dem 1. Januar 2015 ohne die eGK in die Arztpraxis kommt, muss damit rechnen, die Leistung privat bezahlen zu müssen – es sei denn, er reicht die eGK oder einen Versicherungsnachweis innerhalb zehn Tage nach. Dieser Nachweis ist jedoch nicht als regulärer Ersatz der eGK gedacht.

Weitere technische Möglichkeiten der eGK, wie Stammdatenverwaltung oder Speicherung von Notfalldaten und Arzneimitteltherapieplänen, werden ab 2015 in Testregionen erprobt. Dafür werden die medizinischen Daten sorgfältig verschlüsselt. So soll verhindert werden, dass Unbefugte auf die sensiblen Informationen zugreifen können.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061