

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PFLEGE I Reform stoppt Benachteiligungen | **PFLEGE II** „Abhängigkeit vom Vermieter prüfen!“
BRUSTKREBS Ersatzkassen erweitern Angebot | **AUFKAUF VON ARZTPRAXEN** Wird die neue Chance genutzt?

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2015

KRANKENHÄUSER

Niedersachsen: Neues Geld löst alte Probleme nicht

Die Reform der Bundesregierung bringt den Krankenhäusern viel Geld. Das vermag die Strukturprobleme in Niedersachsen für eine gewisse Zeit verdecken, aber gewiss nicht zu lösen. Zwei Beispiele: Im Landkreis Hildesheim gibt es nur wenige Kilometer voneinander entfernt in Gronau und Alfeld zwei kleine Krankenhäuser mit 117 und 138 Betten. Bis 2030 werden diese Häuser weiter schrumpfen, und zwar prognostiziert auf 89 und 127 Betten. Statt durch Fusion eine zukunftsfähige Klinik zu schaffen, bestehen die Träger auf dem Erhalt der bisherigen Standorte. Blick in eine andere Region: Im Harz liegt das Krankenhaus Clausthal-Zellerfeld mit nur 54 Betten und einer Geriatrie als faktisch einzigem Leistungsangebot. Das Haus hat denselben Träger wie die rund 20 Kilometer entfernte Klinik in Goslar und agiert damit gleichsam als deren ausgelagerte Abteilung. Einen erkennbaren sachlichen Grund für den zusätzlichen Standort Clausthal-Zellerfeld gibt es mit Blick auf Versorgung und Wirtschaftlichkeit nicht. Im Gegenteil: als Konsequenz werden Patienten für jede Untersuchung hin- und hergefahren.

KRANKENHÄUSER

Teuerste Reform aller Zeiten

Die Lobbyarbeit der Krankenhäuser hat sich ausgezahlt: Auch Dank einer Angstkampagne bekommen sie nun von den Kassen zusätzliches Geld in Milliardenhöhe. Der finanzielle Beitrag der Länder bleibt demgegenüber weiterhin viel zu gering.

Das Jahr 2015 mit seinen vielen Gesundheitsgesetzen wird für die Versicherten wohl das teuerste aller Zeiten. Maßgeblichen Anteil daran hat die Krankenhausreform: Schon durch den ursprünglichen Entwurf der Bundesregierung hätten sich die zusätzlichen Ausgaben der Kassen bis 2020 bundesweit auf acht Milliarden Euro summiert. Durch die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf den Weg gebrachten Änderungen kommen nun noch einmal Jahr für Jahr 800 Millionen Euro hinzu.

Die Krankenhausgesellschaften haben den Boden für den üppigen Nachschlag bereitet, indem sie das Kunststück vollbracht haben, eine bisher kaum dagewesene Steigerung öffentlich als Kürzung darzustellen. Dabei haben sie eine jener bewährten Angstkampagnen inszeniert, bei der den Versicherten mit geradezu apokalyptischen Versorgungseinschnitten gedroht wird, sollten die Forderungen nicht erfüllt werden. So stehen in Niedersachsen angeblich zwei Drittel der Kliniken vor der Pleite – das Ganze übrigens seit 2013, denn so lange läuft die gleichnamige Lobbyaktion schon. Tatsächlich erreichten 2014 übrigens

rund zwei Drittel der Häuser ein ausgeglichenes oder positives Jahresergebnis.

Die Politik macht es sich allzu leicht. Zum einen, weil sie die Antwort auf alle Herausforderungen offenbar darin sieht, den Leistungsanbietern Gutes zu tun. So schreibt etwa die „Wirtschaftswoche“, die Bundesregierung verstehe „unter Reformen allzu oft nur das, was den hervorragend organisierten Lobbygruppen im Gesundheitswesen nichts wegnimmt. Veränderungen bei Ärzten, Krankenhäusern und Co werden meist mit zusätzlichen Honoraren oder Hilfen erkaufte.“ Für das „Handelsblatt“ gleicht es einer „Bankrotterklärung der Gesundheitspolitik“, dass die Kassenbeiträge trotz konjunkturbedingter guter Einnahmementwicklung und vorhandener Rücklagen steigen.

Bankrotterklärung

Wohlgermerkt, die Kassenbeiträge. Und das ist der zweite Aspekt der Kritik: Die Politik greift für ihre Wohltaten nicht in die eigenen Töpfe, sondern in das Portemonnaie der Versicherten, und zwar nur der Versicherten! Kostensteigerungen sind über



Offene Ohren für Wünsche der Anbieter

FOTO: vdek



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Gesundheitspolitik bedeutet Engagement. Und zwar derzeit vor allem für Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Weit offen ist das Ohr für deren Interessen und Wünsche, groß die Bereitschaft, in diesem Sinne Gesetze auf den Weg zu bringen. Gerne profiliert sich die Politik zudem mit neuen Leistungen. Die flotte Verdoppelung der Mittel für Prävention? Ein starkes Signal! Der besondere Charme des Ganzen besteht darin, dass es nicht das eigene Geld kostet. Es scheint nicht einmal ein Widerspruch zu sein, als Landesregierung von den Kassen vehement mehr Geld für die Kliniken zu fordern, während man selber bei den öffentlichen Krankenhausfördermitteln Schlusslicht unter den Ländern ist. Müssen Bund und Länder schon auf Haushaltsrestriktionen verweisen, soll wenigstens mit dem Geld der Sozialversicherung geklotzt werden. Und noch besser: Erhöhen die Kassen dann den Zusatzbeitrag, sind sie es schließlich, die die schlechte Nachricht zu überbringen haben. Bleibt die Frage: Wer in der Gesundheitspolitik versteht sich eigentlich auch als Anwalt der Versicherten? Schließlich müssen die jede Erhöhung bezahlen, und zwar alleine, ohne Arbeitgeberbeteiligung. Wer fühlt sich mit verantwortlich für stabile Beiträge? Das wäre derzeit ein echtes Alleinstellungsmerkmal.



die Zusatzbeiträge zu decken, an denen sich die Arbeitgeber nicht beteiligen müssen. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ bringt es auf den Punkt: „Überall sonst sich die Politik im Licht der ‚Leistungsverbesserungen‘, die Rechnung wird den Beitragszahlern präsentiert.“

Neuer Strukturfonds

Geht es hingegen um eigene Zuständigkeiten, wie die der Länder für Bau- und Sanierungsmaßnahmen der Krankenhäuser, ist die Politik ungleich zurückhaltender. Nach dem Reformgesetz sind die Länder nur verpflichtet, den Durchschnitt der in den Jahren 2012 bis 2014 aufgewendeten Mittel zur Investitionsfinanzierung beizubehalten. Damit wird deren völlig unzureichendes Engagement auch noch legitimiert und gleichsam festgeschrieben. In Niedersachsen decken die Landesmittel den Bedarf der Kliniken nicht einmal zur Hälfte, der Investitionsstau wird auf bis zu eineinhalb Milliarden Euro geschätzt. Um die Relationen deutlich zu machen: Die Krankenkassen zahlen für die Kliniken zwischen Harz und Nordsee jährlich mehr als sechs Milliarden Euro, das Land, das sich öffentlich gerne als Vorkämpfer für die Krankenhäuser darstellt, nur rund 240 Millionen Euro.

Neu ist, dass für Investitionskosten der Krankenhäuser ein Strukturfonds auf

Bundesebene zur Verfügung steht. Dafür werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds' 500 Millionen Euro entnommen. Anders gesagt: Die gesetzliche Krankenversicherung muss für Länderaufgaben aufkommen, ein gesundheitspolitischer Sündenfall. Auf Niedersachsen würden somit rund 47 Millionen Euro entfallen. Die Freigabe des Geldes setzt voraus, dass das Land einen Betrag in gleicher Höhe beisteuert.

Allerdings ist der Strukturfonds nicht einfach dazu da, die durch die Länder verursachten Löcher zu stopfen und ohnehin überfällige Maßnahmen zu finanzieren. Wie der Name sagt, soll ein Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft gefördert werden, und zwar durch den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Diese Ziele sind in Niedersachsen ein Stück weit aus den Augen verloren worden, auch bei den vom Sozialministerium initiierten Regionalgesprächen (s. Kasten S. 1). Dabei ist eins klar: Die Finanzspritze der Krankenkassen wird für eine gewisse Zeit über die Strukturprobleme hinwegtäuschen, aber nicht dauerhaft. Solange Niedersachsen keine moderne Kliniklandschaft hat, bleibt der Handlungsdruck bestehen. ■



FOTO: corbis_infinite - Fotolia.com

BAUSTELLE: Das Land zahlt den Krankenhäusern in Niedersachsen – etwa für Sanierungsmaßnahmen – nur rund 240 Millionen Euro im Jahr, die Krankenkassen mehr als sechs Milliarden Euro.

„Tarife in der Pflege scheitern nicht an Kassen“

Pflege und Krankenhäuser waren die Themen beim Parlamentarischen Abend der vdek-Landesvertretung. Dabei gab es Lob und Kritik für die Reformen der Bundesregierung – und außerdem ein klares Bekenntnis.

Zu Beginn stand eine Würdigung: Landtagspräsident Bernd Busemann (CDU) gratulierte der vdek-Landesvertretung bei deren Parlamentarischem Abend in Hannover zum 25-jährigen Bestehen. Vor gut 35 Gästen, darunter viele Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Landtags, stellte er das Gewicht des Verbandes in der Landespolitik heraus. Der vdek beziehe klare Positionen und die Abgeordneten seien immer wieder auf dessen Sachinformationen angewiesen.

Sozialministerin Cornelia Rundt (SPD) betonte den Bedarf an Pflegekräften im Land, bei 700 offenen Stellen sei „der Mangel schon da“. Sie setze unter anderem auf die Allgemeinverbindlichkeit des Tarifvertrags Soziales. Eine deutliche Absage erteilte die Ministerin Forderungen aus Bremen, dass sich das Land Niedersachsen an den Investitionskosten der dortigen Krankenhäuser beteiligen solle. Schließlich „verdienen die Bremer auch gut“ mit den niedersächsischen Patienten, sagte sie. Die Ministerin verwies auf die Möglichkeit, strukturelle Maßnahmen für Kliniken unter Beteiligung des Landes aus dem neuen Strukturfonds zu bezahlen. Über eine Hebelwirkung könnten für Niedersachsen so zusätzlich 300 bis 400 Millionen Euro zur Verfügung stehen.

Verantwortung der Arbeitgeber

Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung, betonte, dass es in Niedersachsen in Zukunft weniger Patienten und auch weniger Beitragszahler geben werde. Auch daran müsse sich eine



QUALITÄT DER KLINIKEN IM BLICK: vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner

Gesundheitsinfrastruktur anpassen. „Es ist weder qualitativ wünschenswert noch wirtschaftlich darstellbar, jedes Angebot an jedem Standort aufrechtzuerhalten“, sagte er. Das gelte nicht nur, aber auch für die Krankenhausversorgung. Ausführlich ging Niemann auf die Diskussion um das Einkommen der Pflegekräfte ein. Es stimme, dass diese in Niedersachsen weniger verdienen als in anderen westdeutschen Ländern – allerdings gelte das in vergleichbarem Umfang auch für Arbeitnehmer in anderen Branchen. Sollte es nun gleichwohl einen Impuls für höhere Einkommen geben – etwa durch mehr Tarifbindung –, werde das nicht an den Kassen scheitern. „Die Kassen erkennen Tarifierhöhungen bei den Preisverhandlungen ausdrücklich an“, lautete sein klares Bekenntnis. Dabei müsse es selbstverständlich sei, dass Arbeitgeber Nachweise vorzulegen hätten. Niemann

bat die Abgeordneten, gerade gewinnorientierte private Unternehmen nicht aus ihrer Verantwortung für Arbeitsbedingungen und Einkommenshöhe zu entlassen.

Die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner analysierte die Gesetzesinitiativen auf Bundesebene. Sie verwies darauf, dass die Kosten dafür allein von den Versicherten über steigende Zusatzbeiträge aufzubringen seien. Im ambulanten Bereich bestehe die Herausforderung darin, die vielen Ärzte in Deutschland besser zu verteilen. Dafür müsse die Überversorgung in den Ballungszentren abgebaut werden. Die gesetzliche Pflegeversicherung sei eine Erfolgsgeschichte, werde nun aber nach mehr als 20 Jahren zu Recht einer grundlegenden Reform unterzogen. Dazu gehöre die Erhöhung der Leistungen für die Versicherten und die ausdrückliche Berücksichtigung von Demenzerkrankungen.

Absage an „Discounter-Mentalität“

Großen Handlungsbedarf sieht Elsner beim Thema Qualität in Krankenhäusern. So würde etwa die Anforderung, dass bei Frühgeburten auch ein Kinderarzt anwesend sein soll, nur von 20 Prozent der Kliniken vollumfänglich erfüllt. Nach wie vor würden Krankenhäuser Operationen vornehmen, ohne vorgesehene Mindestmengen zu erfüllen. Deutlich kritisierte sie die geplante Regelung, schlechte Qualität durch Vergütungsabschläge zu bestrafen. „Es darf keine Discounter-Mentalität geben“, sagte Elsner. Häuser mit schlechter Qualität müssten aus der Versorgung ausscheiden. ■

Reform stoppt Benachteiligung von Demenzkranken

Am 1. Januar 2016 tritt der zweite Teil einer umfassenden Reform der Pflegeversicherung in Kraft. Kernpunkt ist die ausdrückliche Berücksichtigung „eingeschränkter Alltagskompetenz“ bei der Leistungsbemessung.

Mit dem kommenden Jahreswechsel wird eine gesundheitspolitische Dauerdiskussion ihr Ende finden: die um die Gleichbehandlung körperlicher, geistiger und psychischer Einschränkungen in der Pflegeversicherung. Die Kritik in der Vergangenheit lautete, dass der Zugang zu Leistungen und deren Höhe einseitig von den körperlichen Voraussetzungen der Versicherten abhängt. Das wird künftig anders. Durch das Pflegestärkungsgesetz II werden die Medizinischen Dienste ab 2017 eine „eingeschränkte Alltagskompetenz“ bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit ausdrücklich berücksichtigen. Davon profitieren vor allem Menschen mit Demenzerkrankungen.

Fünf Pflegegrade

Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden aus den bisherigen drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Wer bereits pflegebedürftig ist, erhält ohne Neubegutachtung automatisch eine Einstufung in dem neuen System: Bei rein körperlichen Beeinträchtigungen steigt die Zuordnung um eine Stufe, bei Demenzerkrankungen um zwei Stufen. Die Höhe des Versicherungsbetrags in einem Pflegegrad hängt davon ab, ob der Pflegebedürftige in einem

Heim oder zu Hause versorgt wird. Bei der Pflege zu Hause wird zudem zwischen Sach- und Geldleistung unterschieden. Im höchsten Pflegegrad 5 zahlt die Pflegeversicherung

»Mit dem Jahreswechsel geht eine gesundheitspolitische Dauerdiskussion zu Ende.«

als Zuschuss für einen Heimplatz monatlich 2.005 Euro, für ambulante Sachleistungen 1.995 Euro und als Geldleistung 901 Euro.

Die Leistungen sind bereits mit dem ersten Teil der Pflegereform vor gut einem Jahr gestiegen. Neu dabei ist, dass der Eigenanteil der Betroffenen in Heimen bei allen Pflegegraden grundsätzlich gleich hoch ausfällt. Bislang stieg die eigene Belastung mit der Pflegestufe. Das Bundesgesundheitsministerium geht für 2017 übergreifend von einem durchschnittlichen Eigenanteil von 580 Euro aus. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass einzelne Einrichtungen unterschiedliche Preise erheben. Je teurer die Leistung, desto höher der Eigenanteil. Denn an der Teilkasko-Systematik

der Pflegeversicherung hat sich nichts geändert: Die Beträge für die Versicherten sind bundeseinheitlich gesetzlich festgelegt. Die Differenz zum tatsächlichen Preis der Einrichtung müssen also die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen tragen.

Beitragsanhebung

Im Ergebnis soll durch die Pflegereform niemand schlechter gestellt werden, viele erhalten zusätzliche Leistungen oder werden beim Eigenanteil entlastet. Das hat natürlich seinen Preis. Die jährlichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung liegen 2017 bei 3,7 Milliarden Euro, danach jährlich bei gut 2,4 Milliarden Euro. Hinzu kommen im Zeitraum bis 2020 Kosten für Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen von zusätzlich 4,4 Milliarden Euro. Zur Finanzierung wird unter anderem der Beitragssatz nach der Erhöhung um 0,3 Prozentpunkte zu Beginn dieses Jahres dann 2017 erneut um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Dem stehen allerdings – anders als bei anderen Reformen – auch spürbare Verbesserungen für die Versicherten gegenüber.

Eine enorme Herausforderung stellt die Reform für die vdek-Landesvertretung und die anderen Beteiligten auf Landesebene dar, die die Regelungen nun vertraglich umsetzen müssen. Dabei liegt das besondere Augenmerk darauf, dass es im Zuge der Umstellungen zu keinen unnötigen Kostensteigerungen für die Versicherten kommt. ■



WENN DIE PUZZLETEILE NICHT MEHR PASSEN: Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ profitieren von dem Gesetz.

„Mögliche Abhängigkeit vom Vermieter schneller prüfen!“

In Niedersachsen wird das Heimgesetz geändert: Senioren soll es verstärkt ermöglicht werden, statt im Pflegeheim in betreuten Wohngemeinschaften zu leben. Die Idee überzeugt, bei der Umsetzung drohen Risiken.

Wer möchte das nicht: im Alter selbstbestimmt leben. Die Landesregierung will dafür nun einen Impuls geben, indem sie das Heimgesetz ändert, voraussichtlich Anfang 2016. Ziel dabei ist, mehr Plätze in Wohngemeinschaften zu schaffen, in denen sich Pflegebedürftige dann durch ambulante Dienste unterstützen lassen. Als Anreiz sollen die Regularien nach dem Heimgesetz dort für die ersten zwei Jahre ausgesetzt werden. Für die Anbieter macht das die Dinge einfacher, auf der anderen Seite können die Bewohner während dieser langen Zeit nur eingeschränkt auf den Schutz durch die Heimaufsichten der Städte und Landkreise vertrauen. Die Verbände der Pflegekassen haben deshalb in einer Stellungnahme gegenüber dem Sozial- und Gesundheitsausschuss des Landtags gefordert, die vorgesehene Frist deutlich zu verkürzen.

Hintergrund: Das Heimgesetz definiert Anforderungen zur Sicherheit der Pflegebedürftigen, von baulichen Voraussetzungen über die Personalvorhaltung bis zum Verhalten der Beschäftigten. Diese Anforderungen greifen immer dann, wenn Pflegebedürftige in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Anbieter der Leistung stehen. Das ist klassischerweise in einem Heim der Fall.

Freie Wahl des Dienstes?

Bei den neuen Wohnformen soll nun erst nach zwei Jahren festgestellt werden, ob eine Abhängigkeit des Pflegebedürftigen vom Vermieter sowie vom Pflegedienst

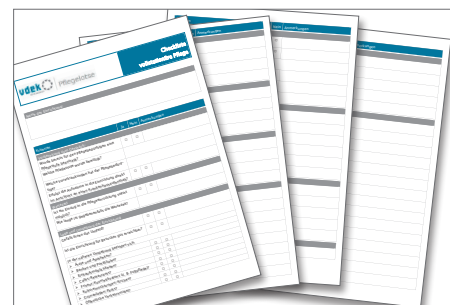
besteht oder nicht. Dabei liegt diese Frage gerade in der Anlaufphase auf der Hand. Dürfen sich die Bewohner den Pflegedienst völlig frei aussuchen, oder aber erwartet der Vermieter, dass sie einen bestimmten Dienst nutzen, sei es den eigenen, den eines Verwandten oder eines Partners? Die Kassen wollen deshalb nicht so lange warten und mögliche Abhängigkeiten schon nach sechs Monaten von den Heimaufsichten prüfen lassen.

Besonderes Schutzbedürfnis

Ein weiteres Problem besteht darin, dass der Gesetzgeber bei der Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen deutliche Fehlanreize schafft. Nach den Empfehlungen des Landespflegeausschusses gelten nämlich besondere Voraussetzungen für die Pflege von Patienten, die beatmet werden müssen, ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben oder sich im Wachkoma befinden. Das betrifft Räumlichkeiten, Qualifikation und Anwesenheitspflichten des Personals. Mit einer Umwandlung von einem Heim zu einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft können sich Anbieter dieser Vorschriften nun weitgehend entledigen – und das bei Patienten, die mehr als andere eines besonderen Schutzes bedürfen.

Diese Befürchtung ist nicht aus der Luft gegriffen: So haben bereits fünf solcher Spezialeinrichtungen ihr vollstationäres Versorgungsangebot gekündigt oder reduziert. Nach vdek-Recherchen pflegen sie nun zum Teil dieselben Patienten weiter – mit einem ambulanten Versorgungsvertrag. ■

Checklisten helfen bei Wahl der Einrichtung



Grafik: vdek

Wer für sich oder seine Angehörigen ein Pflegeheim oder einen ambulanten Pflegedienst sucht, hat es bei der Vielzahl an Angeboten oft nicht leicht, sich zu entscheiden. Der vdek hat nun auf seiner Internetseite www.pflegelotse.de zwei Checklisten veröffentlicht, die Versicherten bei der Auswahl helfen.

Die Listen enthalten die wichtigsten Punkte rund um die Themen Pflege zu Hause und im Heim. Dabei werden unterschiedliche Aspekte der Qualität der Angebote abgefragt: von der Quote der Fachkräfte im Heim über die Betreuungsleistungen des Dienstes bis hin zu wichtigen vertraglichen Regelungen. Die Versicherten können die Listen zudem als Leitfaden für ein erstes Gespräch mit dem Anbieter nutzen. Damit helfen die Checklisten, bei der Entscheidungsfindung auch Punkte zu berücksichtigen, die häufig nicht bedacht werden – zum Beispiel, ob Ehrenamtliche in die Heimbetreuung eingebunden sind, oder ob die Pflegeeinrichtung einen kostenlosen Begleitservice anbietet. Zusätzlich zu den Pflegenoten und den Preis- und Strukturdaten im vdek-Pflegelotsen bekommen Versicherte damit eine weitere Entscheidungshilfe für die Wahl des Anbieters an die Hand. Die Rubriken „Fragen & Antworten“ und „Die Pflegeversicherung“ auf der Internetseite informieren darüber hinaus zu den häufigsten Fragen zum Pflegelotsen und den Pflegenoten.

Ersatzkassen erweitern ihr Angebot bei familiärem Risiko

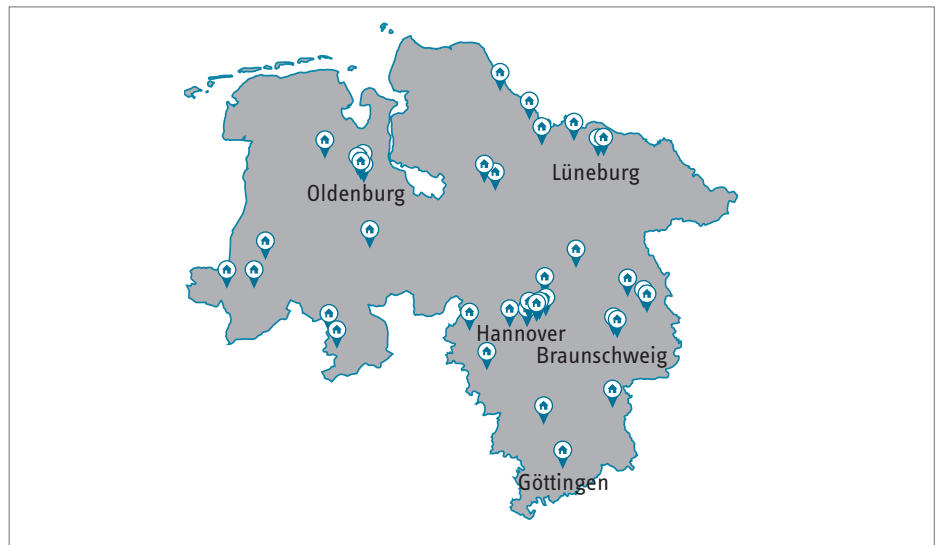
Bei Brustkrebs in der Familie quält viele Frauen die Frage, ob sie erblich vorbelastet sind. Betroffene Ersatzkassenversicherte profitieren künftig von einer Kooperation gendiagnostischer Zentren mit Kliniken.

Immer mehr Frauen mit Verdacht auf erblich bedingten Brust- und Eierstockkrebs lassen einen Gentest durchführen. Auch Medienberichte über prominente Betroffene wie die Schauspielerin Angelina Jolie haben dazu beigetragen. Allein zwischen 2013 und 2014 haben sich die Fallzahlen von Ersatzkassenversicherten an den 13 gendiagnostischen Beratungszentren („Konsortialzentren“), mit denen die Ersatzkassen bislang Verträge haben, von rund 1.700 auf 3.100 nahezu verdoppelt.

Nunmehr weiten die Ersatzkassen das Angebot deutlich aus: Bundesweit 17 Konsortialzentren sollen ihren Versicherten zur Verfügung stehen, darunter wie bisher die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitätsmedizin Göttingen. Diese kooperieren zusätzlich mit ausgewählten zertifizierten Brustzentren und Gynäkologischen Krebszentren an Krankenhäusern. In Niedersachsen stehen insgesamt 40 dieser potenziellen Partner zur Verfügung. Ersatzkassen und Konsortialzentren haben die ersten neuen Verträge bereits unterzeichnet, innerhalb der kommenden Monate soll dann überall der Startschuss fallen.

Zentren in Hannover und Göttingen

Es gibt ein großes Bedürfnis der Frauen nach Gewissheit, die Risiken der Gentestung sind allerdings nicht zu unterschätzen. Die Ärzte müssen gut qualifiziert sein, denn falsche Testergebnisse führen zu falscher Beratung und Therapie. Schon seit 2008 haben die Ersatzkassen deshalb Versorgungsverträge mit den an Universitätskliniken angeschlossenen Konsortialzentren, die auf qualifizierte Beratung,



POTENZIELLE KOOPERATIONSPARTNER: Zertifizierte Brustzentren und Gynäkologische Krebszentren an Krankenhäusern in Niedersachsen.

Genanalyse, Früherkennung und Nachsorge spezialisiert sind.

Deren nunmehr engere Zusammenarbeit mit ausgewählten Krankenhäusern ist insbesondere wegen der zunehmenden Bedeutung der Gentestungen für nachfolgende Behandlungen sinnvoll. Mit der Zulassung des Medikaments Lynparza etwa steht erstmalig ein zielgerichtetes Präparat zur Behandlung von Rezidiven bei Eierstockkrebs zur Verfügung. Wirksam und nützlich ist das Medikament aber nur, wenn im Tumor bestimmte Genveränderungen nachgewiesen werden.

Die beteiligten Krankenhäuser ihrerseits übernehmen durch die neuen Kooperationen Aufklärung, Anfangsdiagnostik und Beratung nach den bewährten Standards der Konsortialzentren. Damit können Versicherte auch außerhalb der universitären Zentren eine aussagekräftige Risikoprognose und bestmögliche

Versorgung erhalten. Die Gentestungen selbst werden weiterhin nur von den Konsortialzentren vorgenommen.

Wissen kann belasten

Die Entscheidung für oder gegen einen Test ist für viele Frauen nicht einfach zu treffen. Zum einen gibt ein Gentest Klarheit, ob tatsächlich ein erhöhtes Risiko besteht, an Krebs zu erkranken. Zum anderen belastet dieses Wissen die Betroffenen und deren Familien. Umso wichtiger ist es, dass vor jeder genetischen Untersuchung ein ausführliches Beratungsgespräch geführt wird. Außerdem bieten die Zentren neben der humangenetischen und gynäkologischen Beratung auch eine psychologische Unterstützung an.

Weitere Informationen im Internet: www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de, www.brca-netzwerk.de

BRUST- UND EIERSTOCKKREBS

Erhöhte Gefährdung durch erbliche Genveränderung

Etwa fünf bis zehn Prozent aller Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen gehen auf einen angeborenen Defekt der Erbanlagen zurück. Meist liegt in diesen Fällen eine Veränderung in einem der beiden Hochrisiko-Gene BRCA1 oder BRCA2 vor. Sowohl Mutter als auch Vater können Träger der Genveränderung sein und diese an die Nachkommen weitergeben. Eine definitive Aussage darüber, ob ein erblich bedingtes Erkrankungsrisiko vorliegt, ist nur durch einen Gentest möglich. Belegt das Ergebnis des Gentests eine veränderte Form der BRCA-Gene, besteht für die Betroffenen ein deutlich erhöhtes Risiko, an Brust- und/oder Eierstockkrebs zu erkranken. Bei Frauen mit verändertem BRCA1-Gen liegt das Erkrankungsrisiko zwischen 60 und 80 Prozent, bei einem veränderten BRCA2-Gen zwischen 45 und 80 Prozent. Um eine mögliche Krebserkrankung früh zu entdecken, erhalten Betroffene die Möglichkeit zur engmaschigen Früherkennung (Kernspintomographie, Mammographie oder Ultraschall der Brust). Als Präventionsmaßnahme kommt auch die prophylaktische Entfernung des Brustdrüsen- oder der Eierstöcke in Betracht. Einer solchen Entscheidung geht eine intensive interdisziplinäre Beratung voraus, die die Frauen in die Lage versetzen soll, die für sie richtige Entscheidung zu treffen. Auch für bereits Erkrankte gibt es vorbeugende Maßnahmen, da das Risiko, nach einer überstandenen Ersterkrankung noch einmal an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken, ebenfalls erhöht ist.

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Aufkauf von Praxen: Wird die neue Chance genutzt?

Ärzte sollten dort praktizieren, wo sie besonders dringend gebraucht werden. Der Gesetzgeber will deshalb Praxen in überversorgten Gebieten stilllegen. Ob das funktioniert, hängt auch von der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Warnungen vor einem Kahl-schlag der Versorgung gehören zum Repertoire der Leistungsanbieter in der gesundheitspolitischen Diskussion. So auch im Vorfeld des Versorgungsstärkungsgesetzes, das im Juli 2015 in Kraft getreten ist. Den Ärztesfunktionären missfielen dabei auch die Regelungen zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten. Im Gesetz stand dabei schon bisher, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Ausscheiden des Praxisinhabers Arztsitze einer Fachgruppe ab einem örtlichen Versorgungsgrad von 110 Prozent aufkaufen und stilllegen „können“. Dieser Passus wird nun ergänzt, indem der Aufkauf ab 140 Prozent, also bei sehr deutlicher Überversorgung, erfolgen „soll“. „Soll“ heißt in der Juristensprache, dass von dieser Vorschrift nur aus triftigen Gründen abgewichen werden darf, also wenn etwa vor Ort ein besonderer Bedarf besteht.

Hausärzte nicht betroffen

Die Analyse zeigt zunächst, dass die Aufregung wohl doch eher künstlich war: Bei den Hausärzten gibt es in Niedersachsen keinen einzigen Planungsbereich mit einer 140-Prozent-Versorgung. Bei den Fachärzten sind von landesweit 44 Planungsbereichen zwischen sechs (Orthopäden) und 26 (Chirurgen) betroffen. Dabei ist die Situation regional ausgesprochen unterschiedlich: Während in den Planungsbereichen Cuxhaven, Cloppenburg, Nienburg, Heidekreis und Gifhorn nicht eine einzige Fachgruppe unter die neue Regelung fällt, sind

es in der Stadt Hannover zwei, in Lüneburg und Göttingen jeweils neun von zehn. Zu berücksichtigen ist, dass die potenziellen Aufkäufe ohnehin sukzessive erfolgen, nämlich immer dann, wenn eine Praxis in andere Hände übergeben werden soll.

Konkurrenz vermeiden

Allerdings gibt es durchaus ein gewisses Potenzial für Veränderungen: Bei landesweit 3.400 Facharztsitzen sind jährlich rund 300 zur Nachbesetzung in Planungsbereichen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgeschrieben. Es wäre sinnvoll, wenn zumindest bei einem Teil davon das Instrument Praxisaufkauf zum Einsatz käme. Schließlich geht es darum, dass sich ein neuer Arzt dort niederlässt, wo er dringender gebraucht wird als anderswo. Das wäre umso wichtiger, als der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen Ärztemangel auch für die fachärztliche Versorgung befürchtet („niedersächsisches ärzteblatt“, Ausgabe 09/2015).

Erforderlich für einen Praxisaufkauf ist die Zustimmung der Ärztevertreter in den Zulassungsausschüssen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann nun durch ihr Abstimmungsverhalten dort beweisen, dass es ihr ernst ist mit dem Kampf gegen regionalen Ärztemangel. Von der Patientenversorgung einmal abgesehen: Es kann auch nicht in ihrem Interesse sein, wenn sich in einigen Regionen Ärzte gegenseitig Konkurrenz machen, während ihre Kollegen andernorts händeringend nach Praxisnachfolgern suchen. ■

HOSPIZDIENSTE

Förderung in Millionenhöhe

Mit rund 1,6 Millionen Euro haben die Ersatzkassen in diesem Jahr die häusliche Sterbegleitung in Niedersachsen gefördert. Der Betrag ist gegenüber dem Vorjahr um rund 100.000 Euro gestiegen. Das Geld fließt an 83 Hospizdienste mit insgesamt mehr als 3.100 ehrenamtlichen Helfern. Die Dienste betreuen Sterbende zu Hause und stehen auch den Angehörigen zur Seite. Sie ermöglichen es damit vielen Menschen, die letzte Zeit des Lebens in gewohnter Umgebung zu verbringen.

SOZIALWAHLEN

Rita Pawelski neue Bundesbeauftragte



FOTO: BWB

Die Bundesministerin für Arbeit und Soziales hat Rita Pawelski (CDU/Bild) zur Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen 2017 ernannt. Pawelski war viele Jahre Abgeordnete des Niedersächsischen Landtags sowie des Deutschen Bundestags. Zu ihren Aufgaben gehört es nun, die Wahlen vorzubereiten und sich für einen erfolgreichen Verlauf einzusetzen. Als einzige Kassenart führen die Ersatzkassen die Sozialwahlen traditionell als Urwahlen durch. Dabei entsenden die Versicherten ihre Vertreter in die Verwaltungsräte der Ersatzkassen.

GURKE DES QUARTALS

Pflegekammer: Katzenjammer nach Verbändeanhörung

FOTO: livestockimages - Fotolia.com



Es gehört zur guten parlamentarischen Routine, dass die Politik auch die Expertise der Fachleute hört. So hat also die Landesregierung „Verbände und sonstige Stellen“ befragt, was diese von einem Gesetz zur Einrichtung einer Pflegekammer in Niedersachsen halten. Der Vorgang wäre wohl keiner Erwähnung wert, hätte das Sozialministerium dabei nicht ausgerechnet auf eine Stellungnahme der Gewerkschaft ver.di verzichtet. Immerhin vertritt ver.di als maßgeblicher Akteur die Pflegekräfte in Kernbereichen wie bei der Verhandlung von Einkommen und Arbeitsbedingungen. Stattdessen durfte sich die Tierärztekammer äußern. Nun liegt die themenbezogene und sozialpolitische Relevanz dieses Beitrags nicht gerade auf der Hand. Auch die Internetseite der Tierärztekammer gibt darüber keinen Aufschluss, fündig geworden sind wir weder bei der Meldung „Ohrenentzündung beim Hund“, noch bei den Hinweisen auf die Paarungsstimmung von Katzen (die auch vor dem Frühjahr einsetzen kann, „Katzen können ja keine Kalender lesen“). Auf die fachlichen Einschätzungen kam es aber wohl ohnehin nicht so an. Schließlich hat das Ministerium schon während des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zur Gründungskonferenz für die Pflegekammer eingeladen.

DER VDEK STELLT SICH VOR

Seine Durchwahl kennen alle



FOTO: vdek

Sascha Ziegel ist seit 2002 Referent für Ambulante Versorgung in der vdek-Landesvertretung. Hinter dieser Bezeichnung verbirgt sich eine Reihe ganz unterschiedlicher Aufgaben: Der Sozialversicherungsfachangestellte lässt Heilmittelerbringer wie Physio- und Ergotherapeuten zu und prüft die Qualifikation von Hilfsmittelerbringern wie Sanitätshäusern und Hörgeräteakustikern. Darüber hinaus verhandelt er über die Vergütung von Rettungseinsätzen und Krankenfahrten. Mit dieser Erfahrung koordiniert er auch die AG Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen. Die Mitarbeiter der Landesvertretung kennen seine Durchwahl noch aus einem anderen Grund: Wenn Rechner und anderes technisches Gerät nicht so wollen wie man selbst, ist er als Nutzerbetreuer zur Stelle.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Niedersachsen des vdek
An der Börse 1, 30159 Hannover
Telefon 05 11 / 3 03 97-0
Telefax 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail LV-niedersachsen@vdek.com
Redaktion Hanno Kummer
Verantwortlich Jörg Niemann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2166