

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KRANKENHÄUSER Immer weiteres Schrumpfen? | GESUNDHEITSBERUFE Pro und Kontra Pflegekammer | PROSTATAKREBS Groß angelegte Suche nach der besten Therapie

NIEDERSACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2014

GESETZGEBUNG

Bund kürzt Zuschuss für Familienleistungen



FOTO Robert Kneschke - Fotolia.com

BEITRAGSFREI MITVERSICHERT: Kinder.

Der Bund senkt seinen Zuschuss an den Gesundheitsfonds um eine weitere Milliarde Euro: Nachdem das Volumen bereits 2013 von 14 auf 11,5 Milliarden Euro reduziert worden war, betragen die Zahlungen in diesem Jahr nach dem Haushaltsbegleitgesetz nur noch 10,5 Milliarden Euro. Auch 2015 soll der Zuschuss mit 11,5 Milliarden Euro unter der sozialgesetzlich festgelegten Höhe von jährlich 14 Milliarden Euro liegen. Mit den Zahlungen beteiligt sich der Bund an familienpolitischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten. Die tatsächlichen Ausgaben der Kassen hierfür liegen mit mehr als 30 Milliarden Euro weit höher. Die erneute Kürzung aus fiskalischen Gründen bestätigt Zweifel an der Verlässlichkeit staatlicher Zahlungen.

EHRENAMTLICHES ENGAGEMENT

Ersatzkassen schreiben Selbsthilfepreis aus

Die Ersatzkassen schreiben erstmals einen landesweiten Selbsthilfepreis aus. Engagierte regionale Gruppen können sich bis zum 31. Oktober bei der vdek-Landesvertretung bewerben. Ausgelobt werden Preisgelder im Gesamtwert von 5.000 Euro.

Die Selbsthilfe bietet, was das Gesundheitswesen institutionell nicht leisten kann: die gegenseitige Unterstützung Betroffener. Schon die Gewissheit, nicht allein zu sein, vermag oftmals zu helfen. Gleichzeitig wird die Kompetenz der Betroffenen gestärkt. In vielen Fällen kann das auch die medizinische Therapie unterstützen. Die Ersatzkassen in Niedersachsen möchten dieses wichtige ehrenamtliche Engagement nun öffentlich würdigen und ihr partnerschaftliches Verhältnis zur Selbsthilfe zum Ausdruck bringen. Sie schreiben deshalb erstmals landesweit einen Preis für Selbsthilfegruppen aus. Die Auszeichnung ist mit einem Gesamtwert von 5.000 Euro dotiert.

Gesucht werden Preisträger, die sich durch eine engagierte, kreative und erfolgreiche Selbsthilfearbeit auszeichnen. Gefragt sind etwa besondere Ideen oder Aktivitäten im Umgang mit dem jeweiligen Thema, bei der gegenseitigen Unterstützung oder der Ansprache neuer Mitglieder. Bei einer Veranstaltung im kommenden Jahr sollen die Auszeichnungen öffentlich übergeben werden. Die

Preisträger bekommen dabei Gelegenheit, ihre Tätigkeit vorzustellen.

Die Schirmherrschaft für die Ausschreibung des Selbsthilfepreises hat die Niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt übernommen. Für sie ist die Arbeit der Selbsthilfegruppen „gar nicht hoch genug einzuschätzen“: „Daher freut es mich, dass die Ersatzkassen in Niedersachsen einen Preis für dieses ehrenamtliche Engagement ausloben“, sagte die Ministerin.

Sozialministerin übernimmt Schirmherrschaft

Teilnahmeberechtigt sind ehrenamtlich tätige, regionale Selbsthilfegruppen mit Gesundheitsbezug aus Niedersachsen, die im Sinne des Sozialgesetzbuches V und des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung förderfähig sind. Die Preisträger werden von einer Jury aus Vertretern der Ersatzkassen sowie weiterer Institutionen aus dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik ausgewählt. Die Beiträge müssen bis spätestens 31. Oktober 2014



KOMMENTAR

Nicht geschimpft ist Lob genug? Es geht auch anders!

FOTO: vdek



von
JÖRG NIEMANN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Nicht geschimpft ist Lob genug. Dieses angeblich aus dem Schwäbischen stammende Lebensmotto entfaltet sich im Gesundheitswesen wie nirgendwo sonst zur vollen Blüte. Läuft es gut, ist von den Protagonisten in der Regel nichts zu hören. Wer, bitte schön, hatte denn schon mal eine Mitteilung im Posteingang, in der sich eine Anbietergruppe über steigende Honorare freut? Im umgekehrten Fall aber, wenn berufspolitischen oder finanziellen Forderungen Nachdruck verliehen werden soll, kann der Schwarzton gar nicht tief genug sein, mit dem die Zukunft an die Wand gemalt wird. Hätte sich auch nur ein Bruchteil der Vorhersagen eingestellt, wäre die Versorgung schon viele Male zusammengebrochen, wären ganze Berufszweige längst ausgestorben. Dem Vertrauen der Menschen in die sozialstaatliche Absicherung der großen Lebensrisiken tut das sicher nicht gut. Und es geht auch anders. Die Ersatzkassen in Niedersachsen schreiben einen Selbsthilfepreis aus, mit dem sie ihre Partner öffentlich würdigen wollen: für ihr Engagement, das sie ehrenamtlich erbringen, für die Hilfe, die sie sich selbst und anderen zuteil werden lassen, und damit nicht zuletzt für den Dienst, den sie der Gesundheitsversorgung im Land erweisen. Wir sind gespannt und freuen uns auf die Beiträge zum Wettbewerb.



bei der vdek-Landesvertretung Niedersachsen eingegangen sein.

Die Bewerbungsunterlagen sind an die landesweit rund 1.500 Selbsthilfegruppen in Niedersachsen verschickt worden. Sie stehen auch im Internet unter www.vdek.com/LVen/NDS.html zur Verfügung. Fragen zum Wettbewerb beantwortet die vdek-Landesvertretung telefonisch (05 11/ 3 03 97 35) und per E-Mail: selbsthilfepreisniedersachsen@vdek.com.

Akzeptanz erreicht

Die Ersatzkassen wollen durch die Ausschreibung des Preises auch die erfolgreiche Entwicklung honorieren, die die Selbsthilfe in den vergangenen Jahren genommen hat: Die Selbsthilfe hat es mittlerweile geschafft, ergänzend zu den klassischen Versorgungsleistungen der Diagnostik, Therapie und Vorsorge einen festen Platz im Gesundheitswesen einzunehmen. Sie ist nunmehr akzeptierter Teil des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit. Ganz selbstverständlich verweisen heute Krankenhäuser, Ärzte, aber auch Krankenkassen bei der Information von Patienten und Versicherten auch auf weiterführende Angebote der Selbsthilfe.

Noch vor weniger als 15 Jahren war die Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen und Selbsthilfe durch historische Zufälligkeiten statt durch klare und systematische Regelungen geprägt. Im Jahr 2000 hat das Engagement der

Krankenkassen dann eine sozialrechtliche Grundlage bekommen. Auf dieser ist ein partnerschaftliches Verhältnis gewachsen. Heute gibt es transparente, niedrigschwellige Antragsverfahren mit klaren fachlichen und örtlichen Zuständigkeiten auf Seiten der Krankenkassen. Die Formalitäten wurden auf das notwendige Mindestmaß begrenzt.

Die Krankenkassen unterstützen durch Pauschalförderung die originäre Selbsthilfearbeit wie gemeinsame Treffen der Mitglieder, Öffentlichkeitsarbeit oder den logistischen Aufwand, aber auch einzelne Projekte wie etwa Veranstaltungen. Vertreter der Selbsthilfe werden auf allen Ebenen in die Förderentscheidungen der Kranken-

»Die Selbsthilfe hat es geschafft, einen festen Platz im Gesundheitswesen einzunehmen.«

kassen eingebunden. Auch am Leitfaden zur Selbsthilfeförderung auf Bundesebene haben Vertreter der Selbsthilfe mitgewirkt.

In diesem Jahr fördern die Krankenkassen die Selbsthilfe in Niedersachsen mit insgesamt rund 3,5 Millionen Euro, davon zahlen die Ersatzkassen etwa 1,3 Millionen Euro. Von der Unterstützung profitieren rund 40 Selbsthilfekontaktstellen, 50 Landesorganisationen der Selbsthilfe und 1.500 Selbsthilfegruppen. ■



FOTO: vdek

STARTSCHUSS: Rund 1.500 Selbsthilfegruppen in Niedersachsen haben die Ausschreibungsunterlagen bekommen.

KRANKENHÄUSER

Mythos und Realität: Gelobtes Rheinland-Pfalz

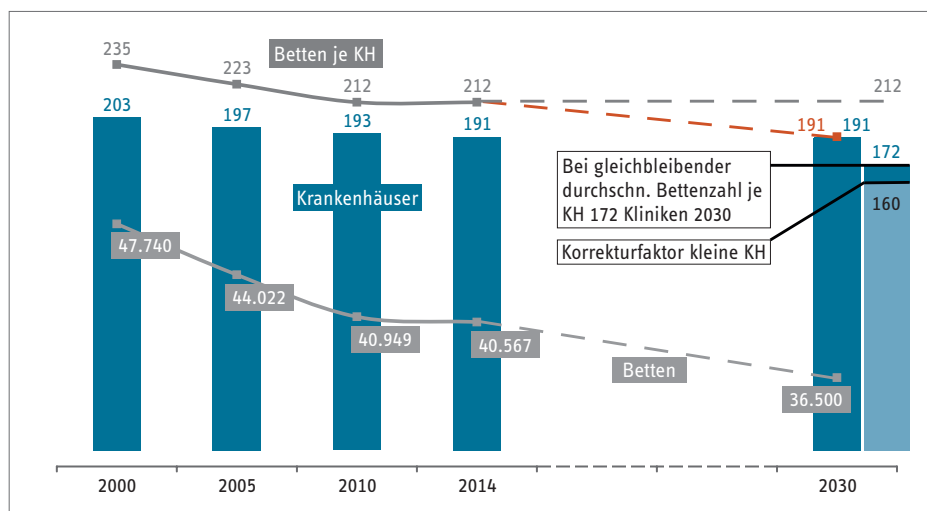
Wenn Kliniken in Niedersachsen höhere Vergütungen von den Kassen fordern, darf ein Hinweis nicht fehlen: Stünde das Krankenhaus in Rheinland-Pfalz, dann würde es soundsoviel Euro mehr einnehmen. Denn: Rheinland-Pfalz hat den höchsten Landesbasisfallwert, also den höchsten Grundpreis für eine Behandlung. Nun ist es schon methodisch fragwürdig, wenn alle so viel Geld haben wollen wie der Erstplatzierte. Würde tatsächlich ein bundesweit einheitlicher Behandlungspreis eingeführt, müsste der sich nicht am bisherigen Spitzenwert, sondern am Durchschnitt orientieren.

Gleichzeitig klagten auch im gelobten Rheinland-Pfalz die Krankenhäuser über rote Zahlen. Insofern lohnt der Blick in den Südwesten tatsächlich, denn er gibt Aufschluss über die eigentlichen Ursachen der Probleme. In Rheinland-Pfalz gibt es ähnlich wie in Niedersachsen ein Strukturproblem mit zu vielen kleinen Häusern: „Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die sich in der Nähe anderer Anbieter befinden, werden sich räumlich konzentrieren müssen“, sagt der dortige Gesundheitsminister Alexander Schweitzer (SPD). Anderes Beispiel Sachsen: Die Krankenhäuser dort sind mit durchschnittlich 325 Betten deutlich größer als in Niedersachsen (212 Betten). Ein sächsisches Haus versorgt im Schnitt 51.000 Einwohner, in Niedersachsen sind es nur 41.000. Ergebnis: Trotz gleich hoher Landesbasisfallwerte stehen die Krankenhäuser in Sachsen wirtschaftlich viel besser dar als die in Niedersachsen.

VERSORGUNGSLANDSCHAFT

Werden die Krankenhäuser immer weiter schrumpfen?

Weniger Einwohner, kürzere Behandlungen. Damit steht die Krankenhauslandschaft in Niedersachsen am Scheideweg: Entweder schrumpfen die vorhandenen Häuser immer weiter – oder die Zahl der Standorte sinkt.



MODELLRECHNUNG 2030: Ohne Reduzierung der Anzahl der Krankenhäuser werden diese immer weiter schrumpfen.

Wer sich mit der Zukunft der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen auseinandersetzt, muss folgende Rahmenbedingungen zur Kenntnis nehmen: den deutlichen Bevölkerungsrückgang zwischen 2009 und 2030 um mehr als eine halbe Million Einwohner und die weiterhin sinkende Dauer der einzelnen Behandlungen. Nach seriöser Prognose werden im genannten Zeitraum elf Prozent der Betten im Land entbehrlich.

Letztlich gibt es zwei Möglichkeiten, damit umzugehen. Die erste ist, dass man die Krankenhäuser so wie bisher immer kleiner werden lässt. Was heißt das konkret? Würde die Zahl der Häuser unverändert bleiben, sinkt deren durchschnittliche Bettenzahl bis 2030 auf nur noch 191. Die Grundkosten für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung würden bei diesem Szenario immer schwerer zu decken sein, da sie

unabhängig von der Zahl der Behandlungen anfallen. Und natürlich stellt sich die Frage der Qualität, wenn bestimmte Eingriffe zu selten erbracht werden. Schon heute ist die durchschnittliche Bettenzahl der Kliniken nur in vier Bundesländern noch geringer als in Niedersachsen.

Reduzierung auf 160 Häuser

Würde man als zweite Möglichkeit die heutigen Größenordnungen der Krankenhäuser auch nur erhalten wollen, müsste es rechnerisch eine Reduzierung der Standorte ebenfalls um elf Prozent geben, also von heute 191 auf 172. Dabei ist allerdings noch nicht berücksichtigt, dass der Bettenabbau vorrangig kleinere Häuser betreffen wird. Somit wäre eine Verringerung auf rund 160 Standorte notwendig, wenn die Häuser nicht noch weiter schrumpfen sollen. ■

SCHAUPLATTE: Quelle: Nds. Krankenhausplan, NIS, RWI, eigene Berechnungen

„Leistungen dauerhaft vor einer Entwertung schützen“

Gespräch mit dem vdek-Verbandsvorsitzenden Christian Zahn über die Reform der Pflegeversicherung.

vdek Herr Zahn, in diesem Jahr vollendet die soziale Pflegeversicherung das 20. Jahr ihres Bestehens. Hat die sogenannte fünfte Säule der sozialen Sicherung die Erwartungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erfüllt?

Christian Zahn Als die Pflegeversicherung 1995 in Deutschland eingeführt wurde, sollte sie das Risiko einer eintretenden Pflegebedürftigkeit absichern. Auch wenn die Pflegeversicherung nicht als Vollversicherung angelegt ist, bin ich der Auffassung, dass die soziale Pflegeversicherung eine sozialpolitisch wichtige Errungenschaft ist, auf die wir mit Recht stolz sein können. Mildert sie doch in erheblichem Maße die individuellen Kosten für Pflege ab und schützt vor finanzieller Überforderung. Sie trägt dazu bei, dass Pflege für alle Menschen, die sie brauchen, bezahlbar bleibt.

vdek Die gesellschaftliche Entwicklung – vor allem die Demografie – stellt die Pflegeversicherung vor neue Herausforderungen. Was ist vorrangig zu tun?

Christian Zahn Wir sollten gemeinsam mit allen Akteuren in der Pflege alles daran setzen, die Pflegeversicherung sinnvoll weiterzuentwickeln und sie auch für die Zukunft auf finanziell sichere Beine zu stellen. Rund 70 Millionen Versicherte und 2,4 Millionen Menschen, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung beziehen, sind für die Ersatzkassen Grund genug, sich tagtäglich in vielfältiger Weise in die Ausgestaltung des Systems und für die Belange der Pflegeversicherten einzubringen. Die Ersatzkassen bringen sich sehr aktiv in pflegepolitische Debatten um die heutige und die zukünftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung

ein. Wir sehen uns hierbei als konstruktiven Gesprächspartner und Ratgeber der Politik. Dabei ist es für uns wichtig, dass die soziale Pflegeversicherung rechtzeitig den Veränderungen der Bevölkerungsstruktur angepasst wird. Die hierzu einschlägigen Zahlen sagen uns, dass wir in Zukunft alle länger leben werden: Derzeit sind in Deutschland etwa 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. Laut Statistischem Bundesamt werden es im Jahr 2030 bereits 22 Millionen sein.

vdek Die Bundesregierung hat das 1. Pflegestärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Damit beginnt die erste Stufe der Pflegereform. Hat sich das Warten gelohnt?

Christian Zahn Insgesamt begrüßen die Ersatzkassen die mit der Reform geplanten Leistungsverbesserungen und halten die dafür notwendige Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte Anfang 2015 für vertretbar. Die Ersatzkassen stimmen ausdrücklich auch der jetzt geplanten Dynamisierung der Leistungsbeträge zu. Aber vier Prozent fangen nur die Preisentwicklung der letzten drei Jahre ab. Mehr scheint aus politischer Sicht wohl nicht vertretbar. Was ich aber nicht verstehe ist, warum man sich zukünftig nur mit einem Prüfauftrag im Hinblick auf die Dynamisierung begnügt. Warum schafft man nicht eine verbindliche Regelung, um die Leistungen der Pflegeversicherung vor einer schleichenden Entwertung zu schützen? Ich würde mir eine gesetzliche Regelung wünschen, welche die Leistungen der Pflege dauerhaft und verlässlich vor einer Entwertung schützt. Die Anpassung der Leistungsbeträge gehört daher an eine wirtschaftliche Kenngröße gekoppelt, wie

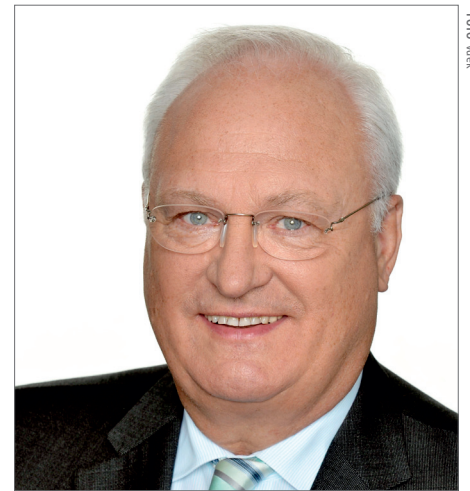


FOTO: vdek

beispielsweise die allgemeine Preissteigerung, und nicht an einen sehr unbestimmten Prüfauftrag der jeweiligen Regierung geknüpft.

vdek Überzeugen die übrigen Regelungen im Gesetz?

Christian Zahn Die Bundesregierung will zur Absicherung des mit dieser demografischen Entwicklung einhergehenden zunehmenden Leistungsbedarfes einen Vorsorgefonds einrichten, der bis zum Jahr 2035 gefüllt werden soll. Hierfür sind 0,1 Beitragssatzpunkte vorgesehen. Positiv werten wir, dass die Regierung hier offensichtlich eine Regelung schaffen will, die auf Probleme der Generationen von morgen eingeht. Und wenn schon, dann sollte der Vorsorgefonds innerhalb der sozialen Pflegeversicherung gebildet werden und nicht als private Versicherung. So ist zumindest eine paritätische Finanzierung sichergestellt. Ob aber eine Nachhaltigkeitsreserve in dieser Form und mit dem angestrebten Volumen ausreicht, darf zu Recht bezweifelt werden. Zudem verstehe ich alle Skeptiker gut, die auf die latente Gefahr einer staatlichen Zweckentfremdung der Versichertengelder hinweisen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nachvollziehbar, ob nicht die für den Fonds vorgesehenen Gelder besser für die Einführung des neuen Pflegebegriffs genutzt werden sollten. ■

Pro und Kontra Pflegekammer

Die geplante Errichtung einer Pflegekammer in Niedersachsen schlägt hohe Wellen. Befürworter und Gegner liefern sich einen öffentlichen Schlagabtausch. ersatzkasse report. fasst die Argumente zusammen.

Die niedersächsische Landesregierung plant die Einrichtung einer Berufskammer für alle examinierten Beschäftigten der Alten- und Krankenpflege. Das Vorhaben ist höchst umstritten und wird von öffentlichen Kontroversen begleitet. Vorangetrieben wird das Thema vor allem durch einen Förderverein sowie den Niedersächsischen Pflegerat. Auf der anderen Seite formiert sich Widerstand etwa im Lager von Gewerkschaften und Arbeitgebern. Sozialministerin Cornelia Rundt wurden 2.000 Unterschriften pro Pflegekammer übergeben, die Gegner brachten es auf 5.000. Auch bei den potenziellen Mitgliedern ist das Stimmungsbild nicht eindeutig. Eine vom Sozialministerium in Auftrag gegebene repräsentative Umfrage unter niedersächsischen Pflegefachkräften hatte ergeben, dass sich die überwiegende Zahl der Befragten (67 Prozent) zunächst grundsätzlich für die Errichtung der Kammer ausspricht. Für eine Pflichtmitgliedschaft mit Zwangsbeiträgen gibt es mit nur 42 Prozent allerdings keine Mehrheit – und dabei ist diese Pflichtmitgliedschaft gerade konstitutives Element einer Kammer. Das Sozialministerium hält gleichwohl an den Plänen fest. Ende Juli hat es ein Eckpunktepapier vorgelegt, bei fünf Regionalkonferenzen soll nun Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Auch in anderen Bundesländern wird über eine Pflegekammer diskutiert. Während sich Rheinland-Pfalz zur Errichtung einer Kammer entschlossen hat, wird Hamburg kein Gesetz auf den Weg bringen. Die Pflegekräfte hätten „ein deutliches Votum gegen die Einrichtung abgegeben“, erläuterte Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD). ■

PRO

„Den Pflegekräften eine Stimme geben“

Die Pflegekräfte sind die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Die Kammer soll dieser eine Stimme geben und ihre Interessen besser vertreten, sei es in Gremien, bei Gesetzesvorhaben oder auch öffentlich. Die bisherigen Interessenvertretungen etwa seitens der Gewerkschaft haben nicht genug getan, um Arbeitsbedingungen und Entlohnung der Pflegekräfte zu verbessern. Eine Kammer trägt dazu bei, die Wertschätzung des Berufes zu steigern und die Pflegekräfte auf Augenhöhe wahrzunehmen. Der erforderliche hohe Organisationsgrad ist ohne Zwangsmitgliedschaft schwer zu erreichen. Die Vertreter der Pflegekräfte in der Kammer sind durch Wahlen demokratisch legitimiert. Eine Kammer kann die Qualität in der Pflege steigern, da gesetzlich nur Mindeststandards festgelegt werden können. Auch ist sie besser geeignet als staatliche Stellen, Fortbildung zu überwachen oder Arbeitgeber zu fortbildungsfreundlichen Arbeitsbedingungen zu veranlassen. Ein Gutachten hat die Rechtmäßigkeit der Kammererrichtung bestätigt. Gegner der Kammer wie die Gewerkschaften fürchten nur um eigenen Einfluss. Kritik von außen ist ohnehin nicht angebracht, weil die Pflegekammer nur die Pflegenden etwas angeht, sonst niemanden.

KONTRA

„Keine Begründung für Zwangsbeiträge“

Berufsständische Kammern sind entstanden und begründet durch die besonderen Bedingungen freiberuflicher Tätigkeit. Fragen von Berufszulassung und -ordnung, Aufsicht, Fort- und Weiterbildung, aber auch der Fürsorge werden der Kammer übertragen, weil Regulative durch Gewährleistung tragende Arbeitgeber fehlen. Auch die Altersversorgung der Mitglieder wird durch die Kammer organisiert. Der Pflegeberuf wird demgegenüber von sozialversicherten Angestellten ausgeübt. Für die Überwachung der Qualität ist der Medizinische Dienst zuständig. Das Argument der besseren Interessenvertretung trägt nicht, weil Verhandlungen über Einkommen und Arbeitsbedingungen explizit keine Aufgaben der Kammern, sondern der Tarifparteien sind. Damit stellt sich die Frage, wofür Pflegekräfte die Zwangsbeiträge überhaupt bezahlen sollen, welchen Mehrwert sie bekommen. Die Zwangsbeiträge dürften jährlich bei 4,8 Millionen Euro liegen, aufzubringen aus dem Einkommen der Pflegekräfte, das bekanntermaßen nicht gerade dem der in Kammern organisierten Ärzte entspricht. 60 Prozent der Zwangsbeiträge werden übrigens für die eigene Verwaltung gebraucht. Also auch, um damit Posten für Verbandsfunktionäre zu bezahlen.

Ablenkungsmanöver in der Diskussion um Terminvergabe

PHOTO: BARNER/GEK



LEERES WARTEZIMMER: Müssen sich in Wirklichkeit gar nicht die Patienten gedulden, sondern die Ärzte?

Gesetzlich Versicherte sollen nicht länger als vier Wochen auf einen Termin beim Facharzt warten müssen: Nach Plänen der Bundesregierung übernehmen zentrale Servicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bei Bedarf die Terminvermittlung. Wird die Vier-Wochen-Frist überschritten, bieten sie auch eine ambulante Behandlung im Krankenhaus an – zu Lasten des Budgets der Niedergelassenen. Die Bundesregierung reagiert darauf, dass die Ärzteschaft die teilweise inakzeptabel langen Wartezeiten selber nicht in den Griff bekommt. Ein recht durchsichtiges Ablenkungsmanöver hat nun der Hartmannbund in Niedersachsen gestartet. Er verweist darauf, dass Versicherte Termine häufig nicht einhalten, also gleichsam selber Schuld an den langen Wartezeiten sind. Als Beleg dient eine Umfrage unter niedergelassenen Ärzten, nach der jeder siebte Facharzttermin aus diesem Grund verfällt. Der Hartmannbund verweist darauf, dass „die große Beteiligung“ an der Umfrage zeige, „dass das Thema der Ärzteschaft unter den Nägeln brennt“. Diese Schlussfolgerung ist bemerkenswert, da tatsächlich gerade mal acht Prozent der Praxen teilgenommen hatten. 92 Prozent fanden es offenbar nicht einmal notwendig, auf die Anfrage überhaupt zu reagieren. In jedem Fall ist das Ergebnis meilenweit davon entfernt, als belastbarer Wert gelten zu können. Auch inhaltlich ist die Schuldzuweisung nicht nachvollziehbar. Ein gewisses Maß an Flexibilität gehört zum kalkulierten Ablauf in einer Praxis, sodass dort auch bei kurzfristigen Absagen kein Leerlauf entsteht. Abgesehen davon haben die Patienten ein hohes Maß an Eigeninteresse, Termine auch wahrzunehmen.

Für unfreiwillige Komik hat die Bundesärztekammer gesorgt. Genau einen Tag, nachdem deren Präsident die Ärzte per Interview aufgefordert hatte, „weniger übers Geld zu reden“, war in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ zu lesen: „Ärztepräsident bietet kürzere Wartezeiten gegen mehr Geld“.

Nächste Klinik nicht immer die beste

Das nächstgelegene Krankenhaus ist für die Patienten nicht immer das beste. Zu diesem Ergebnis kommen Notärzte der University of Michigan. Der Untersuchung zufolge kann es sich sogar im Notfall lohnen, statt der Klinik um die Ecke ein Haus anzusteuern, in dem überdurchschnittlich viele Patienten behandelt werden.

Landärztediskussion taugt nicht für Honorarforderungen

Die Diskussion um einen Landärztemangel taugt nicht für Forderungen nach insgesamt höheren Vergütungen: Zeitungsberichten zufolge liegen die Umsätze von Haus- und Fachärzten in Sachsen-Anhalt um 14 bzw. 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt, die ihrer Kollegen in Berlin elf bzw. 26 Prozent darunter. Dennoch werden in Sachsen-Anhalt Mediziner gesucht, während Berlin überversorgt ist.

Mehr Ausgaben für Psychotherapie

Die Krankenkassen in Niedersachsen geben deutlich mehr Geld für psychotherapeutische Behandlungen aus: Die Honorarsumme lag im ersten Quartal 2014 um 16,3 Prozent über dem entsprechenden Vorjahreswert. Die Fallzahlen stiegen um 9,3 Prozent. Seit Anfang 2012 hat die Zahl der Therapeuten landesweit um 5,3 Prozent zugenommen.

Bürokratieaufwand sinkt

Vermeidbare Doppelprüfungen in Pflegeheimen soll es in Niedersachsen künftig nicht mehr geben. Die für die Kontrolle der Einrichtungen zuständigen Institutionen, kommunale Aufsichtsbehörden, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung, werden ihre Aktivitäten besser aufeinander abstimmen und die Aufgaben klarer teilen. Das sieht eine Vereinbarung vor, die die Partner jetzt unterzeichnet haben. Die Initiative soll Prüfer und Einrichtungen von Bürokratieaufwand entlasten, ohne den Schutz der Bewohner zu vernachlässigen. Das neue Prüfverfahren wird zunächst in 28 Kommunen zwei Jahre lang erprobt. Nach der Evaluation soll es landesweit etabliert werden. Das Regelwerk beinhaltet etwa Festlegungen zu Informationspflichten und Terminabstimmungen sowie zu den Verwaltungsverfahren bei Mängeln.

PROSTATAKREBS

Groß angelegte Suche nach der besten Therapie

Seit Jahresbeginn läuft bundesweit eine der bisher größten Versorgungsstudien: Mit 7.600 Teilnehmern soll bis 2030 untersucht werden, von welcher Behandlung Prostatakrebs-Patienten am meisten profitieren.

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Allein in Deutschland erkranken jährlich etwa 67.600 Männer daran. Anfang des Jahres fiel nun der Startschuss zu einer in dieser Form bisher wohl einzigartigen klinischen Versorgungsstudie, der sogenannten PREFERE-Studie. Bis 2030 soll mit Beteiligung von 7.600 Patienten erstmals wissenschaftlich abgeklärt werden, welche der vier Behandlungsmethoden für Männer mit Prostatakrebs am besten geeignet ist. Die Ersatzkassen unterstützen das Projekt zusammen mit der Deutschen Krebshilfe sowie den weiteren gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen mit insgesamt 25 Millionen Euro. Dieses Finanzierungsmodell erlaubt es, die Studie unabhängig von kommerziellen Interessen auf den Weg zu bringen, ganz im Sinne der Patienten.

Elf Kliniken in Niedersachsen beteiligt

Bundesweit beteiligen sich 100 Krankenhäuser und Universitätskliniken als sogenannte Prüfzentren, davon elf in Niedersachsen. Mit dabei sind auch rund 300 niedergelassene Urologen, deren Zahl weiterhin zunimmt. Patienten mit diagnostiziertem Prostatakrebs sind aufgerufen, sich an der Studie zu beteiligen, so-

»Allein in Deutschland erkranken jährlich etwa 67.600 Männer an Prostatakrebs.«

fern bislang noch keine Behandlung erfolgt ist. Sie werden nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen von erfahrenen Spezialisten auf höchstem medizinischen Niveau behandelt. Sicherheit und Lebensqualität der Patienten stehen dabei an erster Stelle. Insofern profitieren diese schon direkt nach dem Start von dem Projekt. Weitere Informationen erhalten Versicherte von ihrer Ersatzkasse und ihrem behandelnden Urologen sowie im Internet unter www.prefere.de.

Für von Prostatakrebs Betroffene ist es häufig schwer, sich zu entscheiden: Soll überhaupt behandelt werden, obwohl keine Beschwerden bestehen? Welche Behandlung kommt am ehesten infrage? Wie sieht es mit Nebenwirkungen der Therapien aus? Ein Großteil dieser Patienten hat einen lokal begrenzten Tumor.



Vertrauen aufbauen

„Als Teilnehmer an der Deutschen Prostatakrebs-Studie PREFERE profitieren Sie von einer Behandlung mit intensiven medizinischen Kontrollen.“

Nehmen Sie teil!

PREFERE
Die Deutsche Prostatakrebs-Studie

Weitere Informationen unter www.prefere.de

Die PREFERE-Studie wird finanziell gefördert von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Sie wird unterstützt von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dem Berufsverband Deutscher Urologen, der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

POSTER: vobk u.a.

In diesem Fall umfassen die Behandlungsmethoden das operative Entfernen der Prostata (Prostatektomie), die Bestrahlung von außen (perkutane Strahlentherapie), das Abtöten des Tumors mittels vieler kleiner, dauerhaft in der Prostata platzierter Strahlenquellen (Brachytherapie) sowie die aktive Überwachung mit regelmäßigen Kontrollen und der Einleitung weiterer Therapieschritte bei Fortschreiten der Krankheit (Active Surveillance). Teilnehmer der Studie entscheiden gemeinsam mit ihrem Arzt, mit welcher Methode sie behandelt werden möchten.

Die PREFERE-Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt von verschiedenen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens. Sie wurde auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) initiiert. Ziel ist es, belegbare Daten zur Bewertung der Brachytherapie zu erhalten. ■

ÄRZTEFUNKTIONÄRE

Späte Einsicht: „Beruf immer wieder schlechtgeredet“

FOTO: DOC RABE/Media - Fotolia.com



Bei Ärztefunktionären hat sich Sorge breitgemacht, Opfer des eigenen Erfolgs zu werden: Jahraus jahrein hatte man über Bezahlung und Arbeitsbedingungen geklagt. Wer wolle da noch Mediziner werden? Diese Botschaften – kalkuliert eingesetzt, um finanziellen oder standespolitischen Forderungen Nachdruck zu verleihen – trafen durchaus auf Resonanz. Und zwar trotz aller Widersprüche zur Lebenswirklichkeit. Oder, wie Kinderarzt und Gesundheitswissenschaftler Markus Mutschenich schreibt: „Der Öffentlichkeit wird gebetsmühlenartig suggeriert, Ärzte seien ... immer kurz davor, alles hinzuschmeißen. Fragt man die Ärzteschaft selbst, kommt ein ganz anderes Bild ans Licht“. Dass die Kampagnen junge Menschen tatsächlich abschrecken könnten, scheint nun späte Einsicht der Funktionäre zu sein. „Es hilft nicht gerade, den Nachwuchs für einen Beruf zu begeistern, wenn dieser immer wieder schlechtgeredet wird“, sagt der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung selbstkritisch. Allerdings kann man erst einmal Entwarnung geben: Trotz aller Agitation ist zumindest das Interesse am Medizinstudium ungebrochen groß. Im Sommersemester 2014 kamen nach Angaben des Portals „statista“ auf einen Studienplatz rund zwölf Bewerber.

GURKE DES QUARTALS

Und irgendwann ist dann gar keiner mehr da ...

Angst und Bange muss einem werden. In einem Zeitungsartikel heißt es von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, dass in den Kliniken 4.000 Ärzte fehlen. 4.000! Das würde bei landesweit rund 12.000 Vollzeitstellen bedeuten, dass ein Viertel des erforderlichen medizinischen Fachpersonals schlichtweg nicht da ist, wenn Patienten ins Krankenhaus kommen! Oder fehlen die 4.000 „nur“ bundesweit? Egal, auf solche Feinheiten kommt es nicht an, wenn die Botschaft sitzen soll. Die Warnung! Und allzu genau wird bei großen Zahlen ohnehin nicht nachgefragt. Wie es geht, hat ja 2008 die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrer viel beachteten „Arztzahlprognose 2020“ vorgemacht. Sie entwickelte seinerzeit ein derart düsteres Szenario, dass man sich froh schätzen sollte, dann überhaupt noch eine Praxis zu finden. Die Schaubilder wiesen genau aus, wann und wo die Ärzte alle in den Ruhestand gehen. Dass auf der anderen Seite aber auch junge Mediziner nachfolgen, war bei der Darstellung offenbar entbehrlich und fiel auch nicht weiter auf. Und dieser Erfolg wird auch nicht nachträglich dadurch geschmälert, dass seitdem die Zahl der Ärzte steigt. Klassiker schlechthin ist in dieser Hinsicht aber wohl seit mehr als 20 Jahren das „Apothekensterben“, das einem schon während des Tippens von Google als Suchbegriff angeboten wird. Ein Sterben, das zwischen 1991 und 2012 in Niedersachsen immerhin zu einem leichten Zuwachs von 19 Apotheken geführt hat.

WETTBEWERB

Ersatzkassen bauen Führung aus

GRAFIK: vdek



Die Ersatzkassen bleiben größte Kassenart der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen. Nach Zuwächsen in den Vorjahren haben sie 2014 erneut rund 33.000 Versicherte hinzugewonnen und ihre Position als Marktführer der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebaut. Nach der jetzt vorliegenden amtlichen Jahresstatistik betreuen sie rund 2,64 Millionen Niedersachsen und damit 38,5 Prozent der Versicherten im Land. Gute Versorgungskonzepte und Kundennähe sind damit offenkundig im Wettbewerb honoriert worden. Für den vdek als Verband der größten Kassenart im Land bedeutet der Erfolg der Mitgliedskassen die Verantwortung, mit besonderem Gewicht zur Gestaltung einer hochwertigen, effizienten und wirtschaftlichen Versorgung beizutragen.

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
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2166