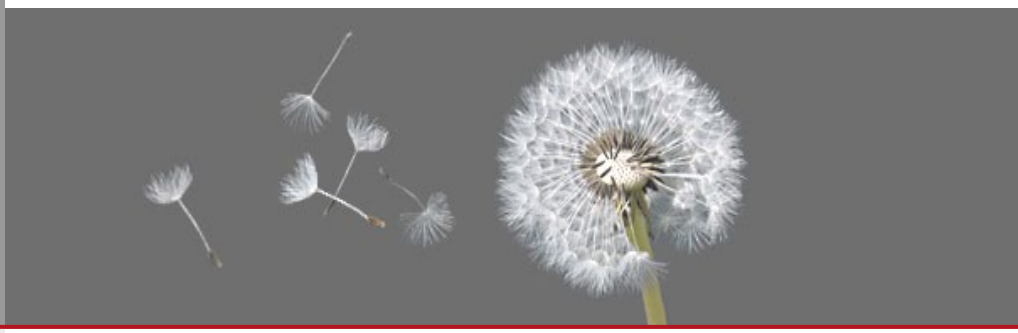
Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte



Ausgabe 14
Mai 2011

Editorial:
Farbe bekennen

Bislang wurde die Debatte um Priorisierung und Rationierung hierzulande vor allem auf der theoretischen, abstrakten Ebene geführt. Das mag bei einem derart sensiblen Thema zunächst angemessen sein, allerdings bleibt dabei vieles zu vage. Das kommt jenen gelegen, die die Notwendigkeit einer solchen Debatte leugnen. Die vier Verfasser der Onkologie-Charta haben Farbe bekannt und erstmals konkrete Verteilungsprinzipien formuliert. Zu hoffen ist, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema damit den Elfenbeinturm verlässt und endlich die konkrete Versorgungsrealität in den Fokus rückt.

Ihre Lisa Braun

Inhalt

Seite 2 . . . . . **Priorisierungsdebatte reloaded**
Über die Schwierigkeit, eine Rangfolge zu erstellen

Seite 4 . . . . . **Vom Wert der kleinen Schritte**
Genau hinsehen, damit Innovationen nicht auf der Strecke bleiben

Seite 6 . . . . . **Für eine gerechte Behandlung in der Onkologie**
Charta formuliert konkrete Verteilungsprinzipien

Seite 6 - **Interview** . . . . . **„Wenn die Indikation zur ökonomischen Zwangshandlung wird“**
Interview mit Prof. Lothar Weißbach zur Onkologie-Charta

Seite 9 . . . . . **Falsche Klinikwahl halbiert die Überlebenschance**
Erstes Benchmarking zertifizierter Darmkrebszentren

Seite 10 . . . . . **G-BA erprobt Priorisierung**
Versorgung in den Mittelpunkt stellen statt nach Willkürprinzip verfahren

Meldungen

Seite 12 . . . . . **Warum Alter als Rationierungskriterium kein Teufelszeug ist**
Seite 12 . . . . . **DGHO fordert nationale „Stiftung Therapiestudien“**
Seite 13 . . . . . **Leben & Krebs: Parlamentarische Gruppe gegründet**
Seite 14 . . . . . **Mängel bei der Hilfsmittelversorgung von Behinderten**
Seite 15 . . . . . **SPD: Rahmenprogramm Gesundheitsforschung zu einseitig**
Seite 16 . . . . . **Linksfraktion will alle Zuzahlungen streichen**
Seite 17 . . . . . **Immer mehr Vorschläge zur Umstrukturierung des G-BA**
Seite 18 . . . . . **Datenbank soll für mehr Gerechtigkeit in der Medizin sorgen**
Seite 19 . . . . . **Glossar und Abkürzungsverzeichnis**

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 14
Mai 2011

> Priorisierungsdebatte reloaded

Über die Schwierigkeit, eine Rangfolge zu erstellen

Berlin – An dem Begriff und Konzept Priorisierung scheiden sich in Deutschland die Geister. Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe von der Universität Lübeck nutzt daher eine Veranstaltung auf dem Hauptstadtkongress zu dem Thema, um mit gängigen Vorurteilen aufzuräumen und zu häufigen Kritikpunkten Stellung zu beziehen.

„Die Diskussion über Priorisierung wird aktiv politisch unterdrückt“, konstatiert der Wissenschaftler. Er hat eine „maximal große politische Koalition“ ausgemacht, Politiker wie Ulla Schmidt, Dr. Philipp Rösler, Dr. Markus Söder oder Barbara Steffens würden Priorisierung für einen Euphemismus von Rationierung halten. Raspe kontert darauf mit dem Gegenbeispiel Schweden, wo bereits 1995 eine Parlamentskommission über Priorisierung nachgedacht hat. Konkretes Ergebnis ist eine Leitlinie für die Versorgung von Herzkranken. Darin werden so genannte Condition-Treatment Pairs, das heißt klinische Situationen, über verschiedene Rangplätze priorisiert (1-3 must do, 4-6 should do, 7-10 can do). Dabei, so

Prof. Heiner Raspe, Universität Lübeck: Missverständnisse zu Priorisierung ausräumen

Raspe ausdrücklich, handele es sich um Empfehlungen, die Spielraum ließen. Priorisierung resultiere dort nicht in Richtlinien, die Leistungen zwingend ausschließen. Bis heute sei in der schwedischen Kardiologie keine Rationierung nachweisbar.

Priorisierung gleich Knappheit?

Auch um das Missverständnis „Priorisierung wird durch Knappheit erzwungen“ auszuräumen, wählt der Professor ein Gegenbeispiel aus Skandinavien. In Norwegen hat ein wissenschaftliches Komitee bereits 1987 Priorisierungsrichtlinien für das Gesundheitswesen erstellt, die zehn

Der Hauptstadtkongress 2011 findet im Berliner ICC statt.

Raspe: „Die Diskussion über Priorisierung wird aktiv politisch unterdrückt.“

Jahre später noch einmal überarbeitet wurden. Gerade angesichts des reichlich fließenden Nordsee-Öls habe das Land eine Art „hausväterliche Vernunft“ walten lassen wollen. An sich wünschenswerte Behandlungsformen sollten zurückgestellt werden, da das viele Geld immense Begehrlichkeiten wecken könne, führt Raspe aus.

Er widerspricht außerdem der gängigen Einschätzung, dass Priorisierung die Bürger nicht interessiere – nicht zuletzt, weil das Thema zu kompliziert sei. Raspe verweist auf die Lübecker Bürgerkonferenz. Im Rahmen dieser Veranstaltung haben im vergangenen Jahr 20 zufällig ausgewählte Bürger mit Unterstützung von neun Experten ein „Bürgervotum zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung“ formuliert. Raspes Fazit der Konferenz: „Bürger sind für das Thema zu gewinnen, es ist zwar schwierig, aber erschließbar.“ Und: „Bürgerbeteiligung ist organisierbar.“

Rebscher warnt vor Bürgerbeteiligung

Doch eben vor dieser Bürgerbeteiligung warnt Prof. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK. Die Frage sei, ob Bürger die Priorisierungsentscheidung im Sinne von

Prof. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, hinterfragt Bürgerbeteiligung.

Gemeinwohlorientierung vornehmen könnten und ob das Ergebnis dieses Prozesses vom einzelnen akzeptiert werde. Kollektive Nutzenkategorien würden in der Regel nicht mit individuellen Nutzenkategorien übereinstimmen, so der Kassenvertreter. „Jeder Patient hat eine andere Nutzenkategorie, der Krebspatient eine andere als der Rheuma-Patient." Auch mithilfe der Bürgerbeteiligung könnten kollektive Nutzenkategorien nicht in individuelle Bedarfslagen übersetzt werden, auch wenn man das aus ethischen Gründen wünsche. Dieses Dilemma bleibe.

Sawicki: Wie gehen wir mit Nicht-Wissen um?
Bedenken anderer Art meldet Prof. Peter T. Sawicki, Universität Köln, an. Der Mediziner fürchtet eine Vernachlässigung der individuellen Patientenentscheidung. Das wesentliche Problem der Priorisierung besteht seiner Meinung nach jedoch darin, dass man damit den Wert einer medizinischen Behandlung bestimmen wolle. Das dafür notwendige Wissen sei jedoch unvollständig. „Bei einer vollständigen Priorisierung würden wir häufig sagen, dafür brauchen wir noch mehr Forschung und mehr patientenrelevante Endpunkte." Der ehemalige Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Prof. Peter T. Sawicki befürchtet eine Vernachlässigung der individuellen Patientenentscheidung

Gesundheitswesen (IQWiG) mahnt einen besseren Umgang mit Nicht-Wissen an.

Austausch auf dem Podium: Moderator Prof. Eckhard Nagel und Prof. Herbert Rebscher (2. und 3. v. l.)

Dafür bräuchte es jedoch nicht nur mehr Methodik, wie Sawicki verlangt, sondern auch mehr Offenheit. Doch gerade diese war über weite Strecken in der Priorisierungsdebatte zu vermissen. Mit der bisweilen nur schwer einzuschätzenden Dynamik öffentlicher Diskussionen hat auch die Bundesärztekammer (BÄK) ihre Erfahrungen gemacht. Eine der Lehren, die die Kammer daraus gezogen hat, ist jedoch eher kosmetischer Natur: Priorisierung wurde aus dem Vokabular gestrichen, die offizielle Sprachregelung lautet nun Prioritäten setzen.

BÄK will Schuldzuweisungen vermeiden
BÄK-Hauptgeschäftsführer Prof. Christoph Fuchs führt aus, dass man die Debatte außerdem nicht mehr „gegenwarts-, sondern zukunftsbezogen" führen wolle. Statt der Mikroebene sei ein bevölkerungsbezogener Ansatz zu wählen. Eine Schlüsselfrage könnte Fuchs zufolge lauten: „Welches sind in fünf bis zehn Jahren vulnerable Patientengruppen, die eines besonderen Schutzes bedürfen?" Der Ärztefunktionär hofft auf diese Weise, die Debatte weiter voranzubringen anstatt Schuldzuweisungen zu befeuern.
Doch so behutsam man sich dem Thema auch nähern mag, irgendwann kommt man um die Frage nicht herum, wer konkret priorisieren soll. Die BÄK bringt dafür seit einiger Zeit einen Gesundheitsrat ins Spiel, Raspe könnte sich eine Enquete-Kommission vorstellen. Dass solche Gremien allerdings lediglich eine beratende Funktion übernehmen könnten, macht das Statement von Prof. Stefan Huster, Universität Bochum, deutlich. Der

Prof. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der BÄK: Debatte zukunftsbezogen führen

Jurist warnt vor einer „Kommissionitis". Die Aufgabe der Priorisierung könne nicht der Ärzteschaft überlassen oder an einen Gesundheitsrat delegiert werden. „Dafür müssen politisch legitimierte, durch Wahlen legitimierte Gremien die Verantwortung übernehmen." <<<

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 14
Mai 2011

> Vom Wert der kleinen Schritte

Genau hinsehen, damit Innovationen nicht auf der Strecke bleiben

Berlin – Mediziner, Gesundheitsökonomen, Ethiker und Politiker haben auf dem Hauptstadtkongress über „Sprung- und Schrittinnovationen – Nutzenbewertung in der Patientenversorgung“ diskutiert.

Dr. Heinz Riederer, Geschäftsführer Medizin und Gesundheitspolitik bei sanofi-aventis und Ausrichter der Veranstaltung, betont: „Quantensprünge sind schön, aber leider nicht planbar und viel zu selten.“ Man müsse sich daher mit der Tatsache auseinandersetzen, dass auch Schritte zu einer sprunghaften Entwicklung im Endergebnis führten. Das gelte auch für die Entwicklung von Arzneimitteln. Am Beispiel Krebs macht Riederer deutlich, dass sich die Überlebenszeiten von Menschen mit fortgeschrittenem Darmkrebs deutlich verbessert haben – als Folge vieler kleiner Fortschritte. „Nicht umsonst nutzen wir im alltäglichen

Riederer: „Quantensprünge sind schön, aber leider nicht planbar und viel zu selten.“

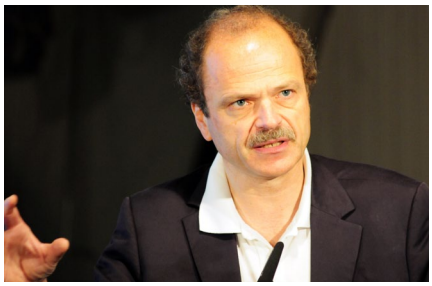
Sprachgebrauch das Wort Fortschritt und nicht Fortsprung“, so Riederer, „wenn man einen dieser Schritte verhindert, etwa weil man Schrittinnovationen nicht lohnenswert findet, kommt der Fortschritt unweigerlich zum Stillstand.“ Im Anschluss diskutieren die Experten unter anderem über die Auswirkungen des AMNOG, Kriterien von und Anforderung an Nutzenbewertungen,

Dr. Heinz Riederer, Geschäftsführer Medizin und Gesundheitspolitik bei sanofi-aventis

damit verbundene ethische Fragen und über Versorgungsforschung. Ein breites Themenspektrum mit schwierigen Fragen, auf die es nicht immer eindeutige Antworten geben kann. Umso besser, dass im Rahmen einer TED-Abstimmung – ein mobiles Votingsystem –, die Meinung des Publikums zu einzelnen Diskussionspunkten schnell abgefragt werden kann. Auf eine der drängendsten Fragen der Veranstaltung – „Wie wird sich die frühe Nutzenbewertung auf die Verbreitung von Innovationen in der Praxis auswirken?“ – gibt das Publikum eine pessimistische Einschätzung. Die Mehrheit (rund 37 Prozent) ist davon überzeugt, dass es kaum noch Innovationen geben werde, denen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen relevanten Zusatznutzen anerkenne.

Schafft es auch der marginale Zusatznutzen?

Das Expertenpodium zeigt sich bei dieser Frage gespalten. Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, zufolge ist es derzeit noch völlig offen, wie die Verfahren ausgehen werden. „Das AMNOG schafft einen Rahmen, der gelebt werden muss“, sagt der Gesundheitsökonom. Der Mediziner Prof. Axel Heyll, Leiter des Kompetenzzentrums Onkologie vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist dagegen sicher, dass das Verfahren differenzieren könne zwischen Medikamenten, die einen erheblichen Zusatznutzen für die Patienten brächten und jenen, die nur einen marginalen oder gar keinen aufzuweisen hätten. Deutlich skeptischer ist dagegen die Einschätzung von Dr. Johannes Bruns,



Prof. Axel Heyll, Chef des Kompetenzzentrums Onkologie, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft. Wenn es „ganz stramm kommt“, könne man Hämotologen und Onkologen nur raten, ihre Berufslizenz zurückzugeben. Die Entscheidung der Industrie, ob man

Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

noch in einen Markt investiere – diese Bereitschaft zu Innovation – müsse man künftig sorgsam beobachten. Zur Verdeutlichung benutzt Bruns ein Bild: Prophezeit werde der große Fluß der Innovationen, „der schwachsinnigen und der kleinen". Man bräuchte daher zwar eine Staumauer, das Problem sei jedoch, dass man über die Planungen zur Höhe der Mauer vergesse, dass vielleicht am Ende des Tages der Fluß vertrocknet.

Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft

Trotz dieser Gefahr weist Wasem darauf hin, dass HTAs, Nutzen- sowie Kosten-Nutzen-Bewertungen wichtige Entscheidungsgrundlagen für Erstattungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darstellten. „Das gilt grundsätzlich auch für die Onkologie, sie darf nicht per se einen Sonderstatus haben", unterstreicht der Wissenschaftler. Allerdings, so Wasem weiter, müssten die Bewertungen den Besonderheiten in der Onkologe Rechnung tragen – „sonst werden Erstattungsentscheidungen zulasten der Patienten gehen." Zu den Besonderheiten zählt Wasem unter anderem das Design der Zulassungsstudien, auch sei die Wahl der Vergleichstherapie ausgesprochen schwierig.

Optimierung der Therapie durch kleine Schritte

Die von Wasem aufgeworfenen Frage, was überhaupt ein relevanter Zusatznutzen sei, beantwortet Prof. Georg Marckmann, Ludwig-Maximilians-Universität München, aus der Sicht des Ethikers wie folgt: Es gebe keine vorgebene Grenze, sondern ein Kontinuum. „Wir müssen bei jeder einzelnen Indikation genau hingucken, wie schwer sind die Patienten erkrankt, was gewinnen sie durch die Therapie, und was kostet uns dieser Zugewinn." Die Kriterien der Nutzenbewertung, medizinische Bedürftigkeit, individueller Nutzengewinn und Kosten-Nutzen-Verhältnis, seien an

Prof. Georg Marckmann, Ludwig-Maximilians-Universität München

sich nicht strittig, allerdings deren Gewichtung untereinander. Wie Wasem weist auch der studierte Philosoph und Mediziner auf die Besonderheiten der Onkologie hin: Dort schreite der Fortschritt sehr inkrementell voran, kleine Schrittinnovationen könnten längerfristig zu einer signifikanten Verbesserung der Therapie führen. Daher müsse während der Anwendung weiter evaluiert werden, wie die Therapie zu optimieren sei – „Wie können wir sicherstellen, dass das, was vielleicht nur ein kleiner Nutzengewinn ist, unter kontrollierten Studienbedingungen so eingesetzt wird, dass es vielleicht einen größen Nutzen für den Patienten bietet?" Nötig sei aber auch Offenheit dafür, ergänzt Marckmann, dass Verfahren beispielsweise aus der GKV ausgeschlossen werden, wenn innerhalb eines bestimmten Zeitraumes kein relevanter Zusatznutzen feststellbar sei.

Dr. Helge Braun, (CDU) MdB, Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMBF will AMNOG eng begleiten

Insgesamt, das lässt sich ohne Übertreibung feststellen, stellt das AMNOG alle Beteiligten vor immense Herausforderungen. Das Bundesforschungsministerium (BMBF) hat angekündigt, die Umsetzung des Gesetzes eng zu begleiten. Bereits im Februar 2010 hat das BMBF 54 Millionen Euro für die Förderung der Versorgungsforschung in Aussicht gestellt. „Dieser Anstoß ist wichtig, damit die Gesundheitswissenschaften, insbesondere die Gesundheitsökonomie, den Anforderungen gerecht werden können, die mit der Umsetzung des AMNOG an sie gestellt werden", heißt es seitens des Ministeriums. Auf der Veranstaltung von sanofi-aventis auf dem Hauptstadtkongress räumt BMBF-Staatssekretär Dr. Helge Braun, MdB, ein, dass das Aktionsfeld Versorgungsforschung ein „Stiefkind" gewesen sei, das momentan aber rasant aufhole. Das Ministerium setzt, so Braun, bei der Förderung der Versorgungsforschung insbesondere folgende Schwerpunkte: Methodenentwicklung, Umgang mit klinischen Routinedaten sowie Versorgungsforschung im stationären Bereich. Braun kündigt außerdem an, dass von 2011 bis 2016 drei Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung aufgebaut werden sollen. Sein Fazit lautet – in Anspielung auf das von Bruns benutzte Bild: „Wir werden den Fluß so bespielen, dass er möglichst viel Wasser führt." <<<

> Für eine gerechte Behandlung in der Onkologie

Charta formuliert konkrete Verteilungsprinzipien

Berlin – Prof. Lothar Weißbach, Hans-Rüdiger Qweitzsch, Corinna Schaefer und Dr. Johannes Bruns haben eine „Charta für eine gerechte Behandlung in der Onkologie“ verfasst. Darin fordern sie unter anderem harte Kriterien, die für die Übernahme einer Therapie durch die Solidargemeinschaft gelten sollen.

Konkret heißt es dazu in der Charta: „Eine Behandlung, die eine Lebenszeitverlängerung von weniger als einer Mindestzahl Monaten bringt oder ein Maximum an Kosten übersteigt, wird nicht solidarisch getragen. Diese Grenzen sind transparent und im gesellschaftlichen Konsens festzusetzen.“
Insgesamt sind in dem Dokument zehn Grundsätze für eine gerechte Verteilung in der Onkologie formuliert. Die Autoren verlangen beispielsweise, dass mit einem effizienten Einsatz der Mittel möglichst vielen angemessen geholfen werden soll. „Das bedeutet, dass Leistungen nicht nach dem Gleichheitsprinzip verteilt werden können.“ Bei der Entscheidung über den effizienten Ressourceneinsatz benötige der einzelne Arzt die Hilfe der Gesellschaft, die Entscheidung sei ferner interdisziplinär und interprofessionell zu treffen. Derzeit finde Rationierung vor allem implizit direkt am Krankenbett und in der Spezialpraxis statt. „Damit werden medizinische Ressourcen nach dem ärztlichen Individualprinzip verteilt, das in hohem Maße ungerecht und unsolidarisch ist.“ <<<

Weiterführender Link

>> Der vollständige Text der Charta ist auf www.gerechte-gesundheit.de unter dem Menupunkt *Debatte/ Positionen* nachlesbar.

> „Wenn die Indikation zur ökonomischen Zwangshandlung wird“

Interview mit Prof. Lothar Weißbach zur Onkologie-Charta

Berlin – Prof. Lothar Weißbach, wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit, gehört zu den Verfassern der „Charta für eine gerechte Behandlung in der Onkologie“. Wir haben den Mediziner zu Verteilungskriterien, Leistungsbegrenzungen und demokratisch legitimierten Entscheidungsgremien befragt.

> Vier Personen werden als Autoren der Charta genannt. Muss man daraus folgern, dass eine gerechte Behandlung in der Onkologie in Deutschland nur Ihnen ein Anliegen ist?

Prof. Weißbach: Nein. Jeder von uns erlebt in seinem Umfeld, dass die angemessene und gerechte Behandlung vielen ein Anliegen ist. Aber ein Anliegen zu haben und dies auch zu artikulieren ist zweierlei. Eine „gerechte Behandlung“ wird jedem Krebspatienten ein Anliegen sein, wobei er „gerecht“ auf seine individuelle Situation – nämlich die des Betroffenen – bezieht. Das heißt, er macht bei der Behandlung seinen Anspruch auf Unversehrtheit und Leben geltend. Wir hingegen verstehen „gerecht“ aus Sicht der Solidargemeinschaft und werben mit dieser Charta dafür, verfügbare Ressourcen fair zu verteilen. Nur mit einem solchen Verteilungsprinzip, das Leistungsbeschränkung mit einschließt, kann das Solidarprinzip gesichert werden.

Prof. Lothar Weißbach, wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit

> Was war der konkrete Anlass dafür, die Charta zu formulieren? Was versprechen Sie sich von diesem Dokument, und wie soll es konkret weitergehen?

Prof. Weißbach: Den Anstoß zu unserer Aktion hat ein Forum zur Bestandsaufnahme und Zukunft der onkologischen Versorgung gegeben: „Onkologie quo vadis? – Prinzipien gerechter Verteilung“. Dort wurden drängende Fragen der Verteilungsgerechtigkeit diskutiert, und es wurde deutlich, dass diese Fragen sehr vielen ein Anliegen sind. Dieser Diskurs verdient Nachhaltigkeit. Und so hat sich nach dem Symposium eine unabhängige Gruppe zusammengefunden, um Prinzipien

gerechter Behandlung nicht nur zu diskutieren, sondern mit einem konkreten Vorschlag in eine breitere, öffentliche Auseinandersetzung einzubringen. Daraus ist der Charta-Gedanke entstanden. Jetzt wünschen wir uns, dass sich weitere Unterstützer unserer Idee finden, dass die Charta die derzeitige Debatte um Priorisierung und Rationierung mit beeinflusst und vielleicht sogar auf lange Sicht politisches Bewusstsein und Handeln prägt.

> **Wie beurteilen Sie die Umsetzungschance einer Charta, in der Rationierung als gegeben vorausgesetzt wird – ein Umstand, den Ex-Gesundheitsminister Philipp Rösler ebenso abstreitet wie seine Amtsvorgängerin Ulla Schmidt?**

Prof. Weißbach: Politik hat die Kraft, nachhaltig zu gestalten verloren, weil ihr Trachten und Handeln taktisch auf den Zeitpunkt der nächsten Wahl gerichtet ist. Die Angst, durch Überforderung der Bürger Wähler zu verlieren, führt zu einer Politik der kleinsten gemeinsamen Nenner. So handeln heißt aber, die Bürger unterschätzen. Politikverdrossenheit schlägt zunehmend um in Empörung, „Stuttgart 21“ ist ein gutes Beispiel dafür. Wir denken, dass man die Karten offen auf den Tisch legen muss. Wenn alle den Eisberg, auf den die Titanic zusteuert, erkennen können, wird vielleicht die Bereitschaft größer, das Ruder herumzureißen. Auch wenn das alle etwas kostet.

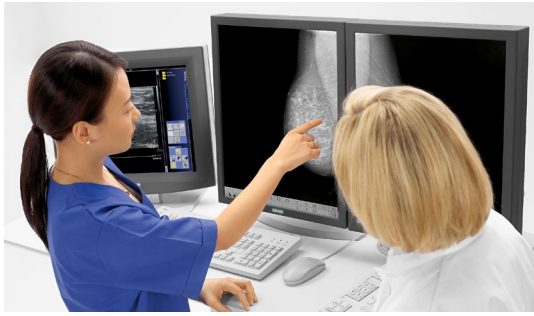
> **Wodurch sehen Sie das Solidarprinzip „dramatisch“, so steht es in der Charta, gefährdet?**

Prof. Weißbach: Gefährdet ist das Solidarprinzip von zwei Seiten: Aufgrund der demografischen Entwicklung und medizinischer Innovationen kommen immer mehr Kosten auf die Solidargemeinschaft zu. Fritz Beske *(Leiter des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Anm. d. Red.)* hat hierzu neue Zahlen und Erkenntnisse vorgelegt, die zum Denken und Handeln zwingen. Auf der anderen Seite sorgt eine zunehmend ökonomisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung dafür, dass sich die einzelnen Einrichtungen auf Kosten der Solidargemeinschaft sanieren, der so genannte Wettbewerb um Qualität. Hier wird nicht mehr volks-, sondern rein betriebswirtschaftlich gedacht. Die Anreize zur Überversorgung – vor allem zur Übertherapie – sind enorm. Wenn die Indikation zur ökonomischen Zwangshandlung wird, zahlt der einzelne Patient mit seiner körperlichen Unversehrtheit und die Solidargemeinschaft mit ihrer Leistungsfähigkeit.

> **In Punkt III der Charta heißt es, dass eine gerechte Verteilung in der Solidargemeinschaft erfordert, mit einem effizienten Einsatz der Mittel möglichst vielen angemessen helfen zu können. Das bedeute, dass Leistungen nicht nach dem Gleichheitsprinzip verteilt werden können. Können Sie das genauer erklären?**

Prof. Weißbach: Gleichheit heißt nicht Solidarität. Medizinische Entscheidungen müssen immer individuell getroffen werden. „Gleich“ hingegen bedeutet: ohne Ansehen der Person. Wer einer Leistung dringend bedarf, soll sie erhalten, und nicht wer qua ICD-10 Anspruch darauf hat. Wenn die Solidargemeinschaft mit ihren begrenzten Ressourcen Leistungen nach dem Gießkannenprinzip bezahlt, um einem Anspruch auf Gleichbehandlung zu genügen, fehlt das Geld für dringend benötigte Maßnahmen.

> **In dem Dokument steht ferner: „Ein für alle geltendes Verteilungsprinzip müssen die politischen Mandatsträger verbindlich verabschieden. Demokratisch nicht legitimierte Gremien dürfen hierüber nicht entscheiden.“ Derzeit entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss darüber, welche medizinischen Behandlungen die Gesetzliche Krankenversicherung zahlt und welche nicht. Ist er dafür nicht ausreichend demokratisch legitimiert?**

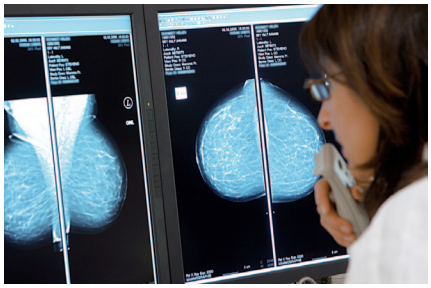


Dem Brustkrebs auf der Spur

Prof. Weißbach: Nein, ist er nicht. Entscheidungen von so großer Tragweite dürfen nicht von einem eingesetzten Expertengremium ohne Mandat durch den Wähler getroffen werden. Den Rahmen beziehungsweise die Kriterien für notwendige Leistungsbegrenzungen dürfen nur durch die gewählten Volksvertreter vorgegeben werden und nicht durch ein nach allen Regeln des Proporzes besetztes Gremium, in dem nur Vertreter finanzieller Interessen agieren: die Kostenträger, das heißt die Kassen, auf der einen und die rein monetären Organisationen der Leistungserbringer – KBV und Krankenhausgesellschaft – auf der anderen Seite. In der jetzigen Konstruktion delegiert die Politik unangenehme Entscheidungen an ein nicht gewähltes Gremium, das diese in der Öffentlichkeit nicht verantworten muss.

> **Sind die in der Charta formulierten Grundsätze auch auf andere potenziell lebensbedrohliche Krankheiten zu übertragen?**

Prof. Weißbach: Ja. Und nicht nur auf solche. Doch eine potenziell tödliche Erkrankung macht das Dilemma jeder Verteilungsdiskussion besonders deutlich: Auf der einen Seite der Tod als letzte, drohende Konsequenz, auf der anderen Seite die Bereitschaft, diese Bedrohung für enorme Summen abzuwenden. Leben darf man nicht in Geld aufwiegen, sonst ist jeder Preis recht, es zu erhalten. Und dieser Preis wird zum Beispiel von der Industrie gern gefordert. Einen moralischen Spielraum ihn abzulehnen, gibt es kaum. Eine „nicht ganz entfernte Aussicht" auf



Ärztin beurteilt Mammographie-Aufnahmen.

Linderung oder Lebensverlängerung reicht heute aus, um hohe Ausgaben zu rechtfertigen. Das ist nicht konkret und deshalb nicht gerecht. Die Charta fordert eindeutige Kriterien.

> **In Punkt VIII der Charta heißt es dazu: „Eine Behandlung, die eine Lebenszeitverlängerung von weniger als einer Mindestzahl Monaten oder ein Maximum an Kosten übersteigt, wird nicht solidarisch getragen." Diese Grenzen seien transparent und im gesellschaftlichen Konsens festzulegen. Wie soll das konkret geschehen? Soll der Bundestag darüber entscheiden, wie viel künftig eine Krebstherapie maximal kosten darf?**

Prof. Weißbach: In der Tat müssen die Volksvertreter einen verlässlichen, fairen und gesellschaftlich tragfähigen Rahmen für Leistungsbegrenzungen schaffen. Sie müssen die Kriterien beschließen, nach denen Leistungen solidarisch finanziert werden sollen. Eine solche Einschränkung medizinischer Leistungen bedeutet für jeden Einzelnen im Bedarfsfall eine starke Einbuße. Deshalb muss eine Entscheidung über Prinzipien angemessener Leistungseinschränkung von den politisch legitimierten Mandatsträgern getroffen werden. Sie muss jedoch von der breiten Öffentlichkeit getragen werden, denn die Solidargemeinschaft sind wir alle. Dies geschieht durch einen vorangehenden, transparenten und möglichst breiten öffentlichen Diskurs. Grundlage des Diskurses muss ein Expertenvorschlag sein, der die Kriterien „medizinischer Nutzen", „Kosten" und „individuelle Bedürftigkeit" in ein angemessenes Verhältnis setzt.

> **Ein regional besetztes Gremium soll bei dringlicher Begründung über Abweichungen von diesen Grenzen entscheiden, also im Prinzip darüber, ob die Therapie im Einzelfall nicht doch etwas mehr kosten darf. Warum muss es Ausnahmen geben, und was ist unter einer dringlichen Begründung zu verstehen?**

Prof. Weißbach: Es muss Ausnahmen geben, weil Leben und Krankheit ein sehr individuelles Geschehen sind, dem auch die striktesten Kriterien Rechnung tragen müssen. Das ist der Sinn jeder Härtefallregelung. Für eine hochschwangere Frau zum Beispiel kann eine mögliche Lebensverlängerung ein besonderes Gewicht haben. Wenn der tragische Einzelfall nicht gewürdigt werden kann, wird ein System mechanistisch und damit unmenschlich.

> **Fürchten Sie nicht, dass jeder Krebspatient seinen Fall als höchst dringlich ansehen wird und dass dieses Gremium von Anträgen überrollt wird beziehungsweise die zuvor festgelegten Grenzen dadurch massiv aufgeweicht werden?**

Prof. Weißbach: Das wäre nur bei einer gesetzlichen Regelung zu fürchten, die nicht auf einem gesamtgesellschaftlichen Konsens beruht. Durch den transparenten Diskussionsprozess erhoffen wir uns jedoch, dass die Kriterien der Begrenzung allgemein akzeptiert werden und jeder Einzelne seine Verpflichtung gegenüber der Solidargemeinschaft begreift. Die Öffentlichkeit am Entscheidungsprozess zu beteiligen heißt auch, Bürger zur Verantwortung zu erziehen. Das kann dazu beitragen, dass Grenzen allgemein anerkannt werden.

> **Wer sollte in das regionale Gremium entsenden dürfen?**

Prof. Weißbach: Wichtig ist, dass es sich um ein parteiunabhängiges Gremium handelt. Auch hier müssen die politischen Mandatsträger einen Rahmen der Berufung vorgeben. Dabei müssen sie die Anforderungen formulieren, die alle Mitglieder eines solchen Gremiums erfüllen müssen – der Arzt ebenso wie der Laie oder der Kirchenvertreter. Regionale Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen. Die Mitglieder des Gremiums müssen für alle transparent benannt werden, am besten von regionalen Einrichtungen.

> **Herr Prof. Weißbach, wir danken Ihnen für das Interview!** <<<

Das Interview führte GG-Redakteurin Antje Hoppe

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 14
Mai 2011

> Falsche Klinikwahl halbiert die Überlebenschance

Erstes Benchmarking zertifizierter Darmkrebszentren

Berlin – Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat den ersten Benchmarking-Bericht zertifizierter Darmkrebszentren vorgestellt. Die Verantwortlichen versprechen sich davon Verbesserungen in der Versorgung. Für Darmkrebspatienten kann die Klinikwahl ihre Überlebenschancen erheblich beeinflussen.

Für den Benchmarking-Bericht mussten die Zentren ihre Leistungen in Form von eindeutigen, vergleichbaren Zahlen offenlegen. Prof. Thomas Seufferlein, Vorsitzender der Zertifizierungskommission, zeigt sich bei der Vorstellung des Reports überzeugt, dass dieser zu einer „Verbesserung der Qualität der Behandlung von Darmkrebspatienten in den Zentren“ beitrage.

Prof. Thomas Seufferlein, Vorsitzender der Zertifizierungskommission

Wichtiges Merkmal der 199 zertifizierten Darmkrebszentren ist, dass die Patienten in so genannten Tumorboards, das heißt interdisziplinären Ärzteteams, jeweils vor und nach einer Therapie oder Operation besprochen werden. Darüber hinaus sei wichtig, wie viele Patienten nach einer Operation eine begleitende Chemotherapie erhielten und wie hoch die Qualität der Operationen selbst sei, so Seufferlein. Diese drei Kennzahlen sind ihm zufolge die „wesentlichen Faktoren für die Zertifizierung“.

2020: keine Behandlung mehr ohne Tumorboard?

Die Daten im Benchmarkreport zeigen, dass die bewerteten Häuser auf einem guten Weg sind. Beispielsweise werden im Mittel 83,9 Prozent der Fälle vor und 96,4 Prozent der Fälle nach einer Operation interdisziplinär besprochen. Für Seufferlein der „Dreh-und-Angelpunkt“, wie Patienten mit Tumorerkrankungen besser versorgt werden können. Prof. Werner Hohenberger, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), hat sich das Ziel gesetzt, dass 2020 kein Patient mit einem Tumor in Deutschland außerhalb eines Tumorboards besprochen und behandelt wird. Es dürfe kein Patient mehr durch dieses Raster fallen, fordert er.

„Wo ist die beste Klinik?“

Derzeit leben in Deutschland etwa 250.000 Menschen, die in den vergangenen fünf Jahren an Darmkrebs erkrankt sind. Jedes Jahr gibt es rund 70.000 Neuerkrankungen. „Wenn ein Mensch an Krebs oder Darmkrebs erkrankt, steht für ihn die Frage im Mittelpunkt, wie lange und wie er überleben wird. Von daher liegt die Frage nahe, wo ist die beste Klinik?“, sagt Maria Haß von der Selbsthilfevereinigung Deutsche ILCO. Diese Frage liegt nicht nur

Maria Haß, Selbsthilfevereinigung Deutsche ILCO

Prof. Werner Hohenberger, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

nahe, von ihr hängt auch viel ab. Denn dem DKG-Präsidenten zufolge variieren in Deutschland derzeit die Fünf-Jahres-Überlebensraten zwischen den besten Kliniken und den durchschnittlichen Häusern um fast 40 Prozent. Patienten halbierten folglich ihre Überlebenschance, wenn sie die falsche Klinik erwischten, so Hohenberger. „Das kann so nicht sein“, kritisiert er. Wenn Betroffene nur noch in Kliniken mit sehr hohem Qualitätsniveau behandelt würden, käme „ein ganz beträchtlicher Teil“ nicht in eine palliative Situation.

Hohenberger: Qualität spart Geld

Hohenberger ist davon überzeugt, dass bessere Qualität nicht automatisch mit mehr Ausgaben verbunden sein muss. Palliative Chemotherapie koste pro Patient hunderttausende Euro pro Jahr. „Wenn wir nur eine Verbesserung von zehn Prozent erreichen würden, dann sparen wir Milliarden. Qualität senkt Kosten“, rechnet Hohenberger vor. Seufferlein nennt ein Beispiel: So sei vor fünf bis sechs Jahren für Onkologen unvorstellbar gewesen, dass Patienten mit Metastasen in der Leber

operiert werden könnten. Das sei damals eine klassische palliative Situation gewesen. „Jetzt behandelt man diese Fälle in einem Ärzteteam im Tumorboard und stellt fest, dass man 20 Prozent der Patienten ohne Chemotherapie ein Langzeitüberleben von bis zu 20 Jahren durch eine Operation verschaffen kann." Heute sei für einige Patienten also ein Langzeitüberleben ohne belastende Therapie durch rechtzeitige gemeinsame Entscheidungen über das Behandlungsverfahren möglich.

Langfristiges Ziel: keine Krebsbehandlung ohne Tumorboard

Zertifizierte Zentren: noch weiße Flecken in Deutschland

Jeder vierte Patient mit diagnostiziertem kolorektalen Karzinom lässt sich mittlerweile in einer zertifizierten Klinik behandeln. Für diese Einrichtungen ist die Arbeit nach der entsprechenden S3-Leitlinie Pflicht. Um die Qualität zu überprüfen, kontrolliert die DKG in Form von permanenten Leistungserfassungen. In den vergangenen Jahren haben 199 Darmkrebszentren in Deutschland das Gütesiegel der Krebsgesellschaft erhalten und ihre Behandlungsdaten dokumentiert. Diese sind über ganz Deutschland verteilt. Einige weiße Flecken existieren dennoch auf der Landkarte: So gibt es dem Benchmarking-Bericht zufolge in Mecklenburg-Vorpommern nur ein einziges Zentrum in Greifswald, in Schleswig-Holstein gibt es ebenfalls nur eine zertifizierte Einrichtung in Pinneberg, nahe Hamburg. Auch Brandenburgs Südosten verfügt über kein Zentrum. <<<

> G-BA erprobt Priorisierung

Versorgung in den Mittelpunkt stellen statt nach Willkürprinzip verfahren

Berlin – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) will seine Arbeit neu ausrichten. Das bisherige Verfahren, „Aufträge auf Zuruf" zu behandeln, so der Ausschussvorsitzende Dr. Rainer Hess, sollte abgelöst und stattdessen alles Handeln an der Versorgungsrealität ausgerichtet werden. Diese wiederum stützt sich auf Versorgungsanalysen von Krankheitsbildern, die es zulassen, dass Beratungsthemen systematisch abgeleitet werden. Die Rangfolge der Abarbeitung bezeichnet Hess als Priorisierung.

Der unabhängige Vorsitzende des Gremiums selbst hat diese Initiative ergriffen und dazu ein Pilotprojekt zur Depression, einem sehr komplexen Krankheitsbild, gestartet. Die Ergebnisse stellt Projektleiter Dr. Matthias Perleth, Chef der G-BA-Abteilung Fachberatung Medizin, kürzlich dem Plenum vor. Die Reaktionen reichen von „das Beste, was es zu diesem Thema gibt" (Prof. Norbert Schmacke, unabhängiges G-BA-Mitglied) bis zur Frage „Was wissen wir jetzt mehr?" (Magnus von Stackelberg, GKV-Spitzenverband). Was die Arbeitsgruppe um Perleth zu dem komplexen Krankheitsbild Depression zusammengetragen hat, kann sich sehen lassen.

Die Entwicklung des methodischen Vorgehens zur verbesserten Versorgungsorientierung dürfte dabei ein einmaliger Kraftakt gewesen sein. Die vorgestellte Methodik sei auch auf die Analyse anderer Krankheiten anwendbar, so der Epidemiologe. Der vorgelegte Abschlussbericht zu Depression bildet den Versorgungsstatus hierzulande ab. „Damit Verbesserungspotenziale in der Versorgung, also mögliche Handlungsfelder für den G-BA, identifiziert werden können, besteht das entscheidende Kernelement des Konzepts im Abgleich von empfohlener und tatsächlich beobachteter Versorgung, der so genannte Soll-Ist-Vergleich", erläutert Perleth. Das Team stützte sich bei

Dr. Matthias Perleth, Chef der Abteilung Fachberatung Medizin des G-BA

Komplexes Krankheitsbild: G-BA erstellt eine Versorgungsanalyse zu Depression.

seiner Analyse auf die generierten Daten aus umfangreicher Literaturrecherche, eingegrenzt auf die letzten zehn Jahre. Darüber hinaus standen den Autoren angeforderte Datenauswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hinsichtlich ambulanter Psychotherapie zur Verfügung. Zusätzliches Material lieferten namentlich genannte Experten.

„Gefühlte" Zunahme an Depressionen wird entkräftet

Das wohl überraschendste Ergebnis der Analyse: Die immer wieder behauptete starke Zunahme bei Depressionen hat sich laut Perleth in den Zahlen „so nicht bestätigt gefunden". Die Datenlage dazu ist sehr heterogen. Von sechs Studien zur Prävalenz bei Erwachsenen schwanken die Angaben zwischen 10,7 Prozent und 3 Prozent. Die Zahlen der Krankenkassen pendeln sich ein bei 7,2 Prozent bis 8,4 Prozent – beziehen sich aber allein auf Erwerbstätige. Die neuste Studie zu dem Thema hat übrigens im April die DAK vorgelegt: Danach leidet fast jeder dritte Schüler unter depressiven Stimmungen.

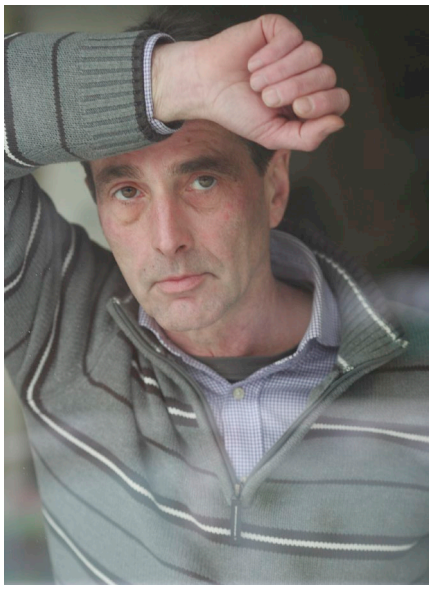
Großer Verbessungsbedarf bei Hausärzten

Fast schon dramatischen Verbesserungsbedarf hat die Versorgungsqualität von Depressiven beim Hausarzt. Immerhin wird dort der größte Anteil der Betroffenen versorgt. Hausärzte stellen aber nur bei 40 bis 75 Prozent der Patienten mit depressiven Störungen eine entsprechende Diagnose und falsch positiv beurteilt wurden 12 bis 18 Prozent der Patienten. Der Grund für diese Defizite liegt in der ebenfalls nachgewiesenen mangelhaften Anwendung der Leitlinien. Fortbildungslücken sind ein Beleg für die mangelnde Kompetenz bei Hausärzten. Aber warum gibt es diese Qualitätsdefizite? In der Analyse werden auch die strukturellen Probleme der Hausärzte nicht ganz unter den Teppich gekehrt. Genannt werden von den Hausärzten selbst das Arzneimittelbudget, Zeitmangel und eine schlechte Honorierung. Ob mangelnde Kenntnisse oder die Angst vor Regressen der Grund für die ebenfalls analysierte gravierende Unterversorgung mit Arzneimitteln ist, bleibt offen. Jedenfalls erhält nur eine Minderheit depressiver Patienten eine leitliniengerechte Medikation. Das Potenzial einer konsequenten medikamentösen Rezidivprophylaxe wird nicht genutzt, lautet die Erkenntnis einer Studie aus dem Jahr 2003. Und besonders aufhorchen lässt die Zahl von 35 Prozent ambulant behandelter Patienten, die nicht compliant sind. Es bleibt die Frage, wieviel Fach-Kompetenz ein Arzt in der Basisbetreuung parat haben muss.

Nur eine Minderheit depressiver Patienten erhält eine leitliniengerechte Medikation.

Keine Entscheidung für ein „Go ahead" – weiterer Diskussionsbedarf

Eine Entscheidung darüber, ob der G-BA zukünftig in dieser Arbeitsweise weiter verfahren sollte, haben die Mitglieder nicht abgestimmt. Das Modellprojekt ist in die Unterausschüsse verwiesen worden. Erste Meinungsäußerungen zeigen aber schon deutlich, wohin die Reise geht. Die Kostenträger können sich mit der Ausrichtung auf Versorgungsnotwendigkeiten nicht anfreunden, ebenso die Patientenvertreter. Die Leistungserbringer hingegen geben allesamt ein klares Votum für den Versorgungsansatz ab. Die Kassenbank beklagt vor allem die Ressourcen, die für die Erstellung dieser Analyse notwendig waren und zukünftig würden.



Ausgerechnet zu AMNOG-Zeiten sei die Truppe um Perleth mit diesem Projekt blockiert gewesen. „Uns fehlen die Experten", so Magnus von Stackelberg vom GKV-Spitzenverband. Personalmangel könne doch nicht der Grund sein, einen richtigen Weg zu beschreiten, entgegnet Hess entschieden. „Wie soll sich der G-BA denn nach außen positionieren? Wir brauchen einen Versorgungsansatz, in den die Einzelentscheidung eingebettet ist." <<<

Weiterführender Link

>> Abschlussbericht der G-BA-Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung/ Priorisierung Modellprojekt „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression", pdf-Dokument, 5.8 MB, 330 Seiten.

> Warum Alter als Rationierungskriterium kein Teufelszeug ist

Berlin – „Altersgrenzen sind nicht des Teufels, aber wir werden sie ohnehin nicht bekommen." Das hat der Sozialrechtler Prof. Stefan Huster von der Ruhr-Universität Bochum auf einer Veranstaltung der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften betont.

In seinem Vortrag beschäftigt sich Huster mit der Frage, ob die Sorge vor Altersdiskriminierung berechtigt

Prof. Stefan Huster, Sozialrechtler von der Ruhr-Universität Bochum

sei. Der Jurist zeigt sich davon überzeugt, dass das Alter als Rationierungskriterium zukünftig keine besondere Rolle im Gesundheitswesen spielen werden. Husters Begründung: Erstens gebe es bessere Priorisierungskriterien. Zweitens würde es durch aktuelle europarechtliche Einflüsse auf die deutsche Gleichheitsdogmatik „vermutlich erheblichen juristischen Widerstand gegen solche Regelungen geben". Drittens müssten sich die Älteren – aus politikwissenschaftlicher Sicht betrachtet – keine ernsthaften Sorgen machen, „dass in einer immer älter werdenden Gesellschaft ausgerechnet die vielen älteren Bürger Altersgrenzen beschließen werden", so Huster. Fazit: Es spreche alles dagegen, so dass man „politisch überhaupt keine Angst haben" müsse.

Alter ist ein egalitäres Kriterium

Ungeachtet dieser Prognose hält es der Professor jedoch für legitim, über eine an Lebensjahren orientierte Rationierung nachzudenken. Er empfindet Altersgrenzen als besonders geeignet, da jeder Mensch alle Altersstadien durchlaufe. Das Alter sei entgegen der vielfach geäußerten Wahrnehmung ein besonders egalitäres Kriterium, der Gerechtigkeit gerade verpflichtet, vielleicht sogar in bestimmten Konstellationen ein gefordertes Verteilungskriterium, findet der Sozialrechtler. Seiner Meinung nach stehe eine Altersrationierung zudem mit der Verfassung in

Philosophie-Professorin Weyma Lübbe von der Universität Regensburg

Einklang. Im Grundgesetz sei das Alter kein verbotenes Diskriminierungskriterium. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) sei außerdem nicht auf die gesetzliche Krankenversicherung anwendbar. Theoretisch sei eine Rationierung über Altersgrenzen also möglich. Es müsse erlaubt sein, darüber nachzudenken.

Die Philosophie-Professorin Weyma Lübbe von der Universität Regensburg sieht das ähnlich. Es sei unbestritten, dass der Finanzierungsbedarf der Kassen steige und in Zukunft noch weiter zunehmen werde. „Unter solchen Voraussetzungen ist es nicht an sich unethisch, über die relative Wichtigkeit unterschiedlicher medizinischer Leistungen nachzudenken", sagt sie. <<<

> DGHO fordert nationale „Stiftung Therapiestudien"

Berlin – Deutschland braucht eine nationale „Stiftung Therapiestudien", um Evidenz in das Gesundheitswesen zu bringen. Das hat die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) verlangt.

Scharf kritisiert Prof. Mathias Freund, Sekretär und Schatzmeister der DGHO, die Politik, die zum Teil davon ausgehe, dass „die Evidenz vom Himmel regnet". Ebensowenig wie sie vom Himmel falle, komme sie auch nicht immer nur aus dem Ausland, sagt Freund auf der Frühjahrstagung der Fachgesellschaft.

Prof. Mathias Freund, Sekretär und Schatzmeister der DGHO

Evidenz muss in Deutschland selbst generiert werden, fordert der Mediziner. Eine nationale „Stiftung Therapiestudien" könnte verschiedene Studien voranbringen. Der falsche Weg sei es dagegen, Studien immer mehr von der Industrie durchführen zu lassen.

Versorgungsforscher sieht Kassen in der Pflicht

Eine grundsätzliche Skepsis, in Studien zu investieren, stellt Dr. Thomas Müller, Leiter der Abteilung Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), bei den Trägern des G-BA fest – dazu zählen neben dem GKV-Spitzenverband die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Von 15 Finanzierungsanfragen habe der Bundesausschuss lediglich eine Zusage gegeben: die Unterstützung für eine Kinderonkologiestudie.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung fordert einen fixen Bestandteil der GKV-Versicherungssumme, der jährlich in die Finanzierung von Studien fließt. Im Gegenzug verpflichteten sich die Forscher, das Geld innerhalb eines Jahres wieder einzusparen, sagt Prof. Wolfgang Hoffmann, Versorgungsforscher von der Universität Greifswald und Mitglied des Netzwerkes. Er sieht bei der Studienfinanzierung die Krankenkassen in der Pflicht. „Es geht überhaupt nicht, dass die Kostenträger sich da völlig heraushalten", findet er. Prof. Christian Dierks, Kanzlei Dierks & Bohle, betont, dass Fragen der Studienfinanzierung letztlich in der Hand des Gesetzgebers liegen. Der habe die Möglichkeit, den Kassen diese Aufgabe zu übertragen. „Ob dafür die Mehrheiten im Parlament zustande kommt, ist natürlich eine andere Frage", so Dierks. <<<

Dr. Thomas Müller, G-BA Abteilung Arzneimittel

Prof. Wolfgang Hoffmann, Universität Greifswald

Prof. Christian Dierks, Kanzlei Dierks & Bohle

> Leben & Krebs: Parlamentarische Gruppe gegründet

Berlin – In Berlin hat sich eine neue interfraktionelle Parlamentarische Gruppe mit dem Namen „Leben & Krebs" konstituiert. „Wir wollen den Krebspatienten, seine Mündigkeit und Kompetenzen in den Vordergrund rücken und uns über den gesellschaftspolitischen Umgang mit der Krankheit austauschen", kündigt der Vorsitzende, MdB Dr. Lutz Knopek (FDP), an.

Aktuell haben sich 20 Abgeordnete des Deutschen Bundestags der Gruppe angeschlossen. Zur stellvertretenden Vorsitzenden aus den Reihen der Links-Fraktion wurde Dr. Martina Bunge ernannt, die weiteren Stellvertreter der anderen Fraktionen sollen in der nächsten Sitzung bestimmt werden. Ständige Gäste der Gruppe sind Dr. Johannes Bruns und Thomas Hegemann von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Worum geht es der Initiative?

Ein Leben nach Krebs und ein Leben mit Krebs, auch über viele Jahre hinweg, ist heute keine Seltenheit mehr, denn die Diagnose bedeutet nicht mehr automatisch, dass man

Dr. Lutz Knopek (FDP), Mitbegründer der Parlamentarischen Gruppe „Leben & Krebs"

nur noch wenige Monate zu leben hat. Die zur Verfügung stehenden Therapien sind oftmals noch wirksamer und viel besser verträglich als noch vor wenigen Jahren. Einige Indikationsgebiete können inzwischen schon fast wie chronische Erkrankungen behandelt werden. Jedoch sind diese Perspektiven in weiten Teilen der Bevölkerung nicht bekannt – Krebs ist ein Thema, das noch immer gerne verdrängt wird und große Ängste auslöst.

Lutz Knopek: „Wir wollen den Krebspatienten, seine Mündigkeit und Kompetenzen in den Vordergrund rücken."

Die Gruppe will sich durch Gespräche mit Ärzten, mit Vertretern aus dem Pflege- und Palliativbereich, aber insbesondere auch mit Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen einen Überblick über den Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Ängsten beim Patienten, in Familien- und Freundeskreisen und in der Gesellschaft allgemein verschaffen. Wie sieht die Alltagssituation eines Patienten aus? Wie wird er von der Diagnose nicht medizinisch, sondern auf einer sozialen und psychologischen Ebene begleitet? Auf diese Fragen sucht die parlamentarische Initiative Antworten. „Unser Ziel ist es, weg von der Medizinbetriebsperspektive hin zu einer Lebensperspektive im Umgang mit Krebs zu gelangen", betont Knopek. Die primären Fragen, mit denen sich der Gesundheitsausschuss befasst, sollen dem Abgeordneten zufolge gezielt ausgeblendet werden.

Unter Parlamentsgruppen versteht man fraktionsübergreifende Zusammenschlüsse von Abgeordneten, die zu einem bestimmten Thema über eine oder mehrere Legislaturperioden eine gemeinsame Zielsetzung verfolgen. Beispiele für solche Initiativen im Deutschen Bundestag sind die Parlamentsgruppe Schienenverkehr sowie die Parlamentarischen Gruppen Europa-Union, Binnenschifffahrt und Frei fließende Flüsse. <<<

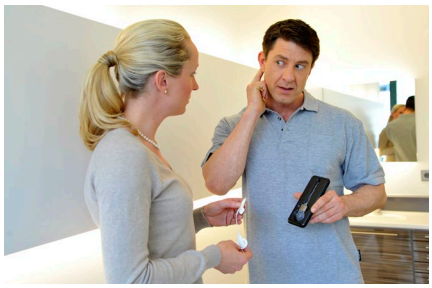
> Mängel bei der Hilfsmittelversorgung von Behinderten

Berlin – Verbesserungsbedarf bei der Versorgung mit Hilfsmitteln hat der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Hubert Hüppe (CDU), konstatiert.

Hubert Hüppe (CDU), Behindertenbeauftragter der Bundesregierung

„Menschen mit Behinderung müssen entsprechend ihrem individuellen Bedarf mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln versorgt werden", fordert er. Auch die Beratung und Einbindung von Menschen mit Behinderung sei zu verbessern, so Hüppe. Auf einer Fachtagung des Behindertenbeauftragten im April berichteten Teilnehmer von Lücken zwischen dem individuellen Bedarf und den tatsächlich geleisteten Hilfsmitteln. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolge häufig weder zeitnah, noch transparent und in nicht ausreichender Qualität. Herausgestellt wurde auf der Veranstaltung etwa die unzureichende Hörgeräteversorgung einschließlich der notwendigen Anpassungen eines Gerätes. Dieser Missstand führe häufig zu sozialer Vereinsamung und psychischen Problemen. Die mangelhafte Versorgung mit Inkontinenzhilfen sei ebenfalls deutlich geworden, so der Beauftragte. Die Tagungsteilnehmer machten unter anderem feste Beträge und Pauschalen dafür verantwortlich. Bei den Vergabeverfahren der Kran-

Bei den Vergabeverfahren der Krankenkassen wird zu wenig auf die Qualität von Hilfsmitteln geachtet.



kenkassen wird den Betroffenen zufolge zu wenig auf die Qualität von Hilfsmitteln geachtet. Auch die Beratung sei in vielen Fällen nicht zufriedenstellend. Um Betroffene besser in die Entscheidungsprozesse von Kostenträgern einzubinden, sollte – so ein Vorschlag – ein Beirat mit Menschen mit Behinderungen bei den Krankenkassen eingerichtet werden. Insgesamt solle der Dialog zwischen Kassen und Versicherten verbessert werden.

Die nächste Veranstaltung des Behindertenbeauftragten am 6. und 7. Juni 2011 soll die Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen aufgreifen, kündigt Hüppe an. <<<

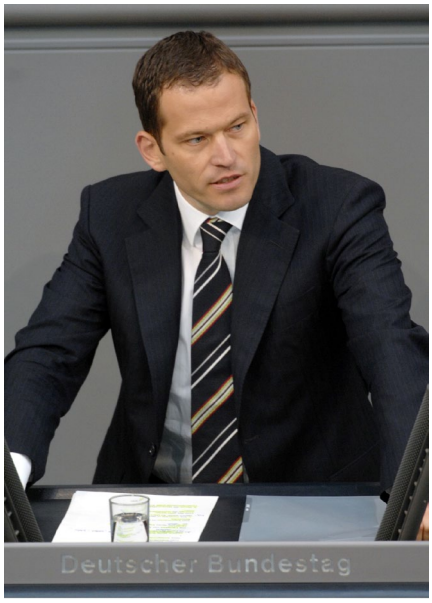
> SPD: Rahmenprogramm Gesundheitsforschung zu einseitig

Berlin – Das neue Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung steht in der Kritik: Die SPD-Fraktion fordert kürzlich in einer Plenumsdebatte des Bundestages, das Programm so zu überarbeiten, „dass alle Projekte der Gesundheitsforschung ausgehend von den Bedarfen der Betroffenen angelegt werden".

In ihrem Antrag verlangen die Sozialdemokraten „deutlicher herauszuarbeiten, dass Gesundheitsforschung nicht in erster Linie dazu dient, ökonomisch verwertbare Ergebnisse zu produzieren", sondern vielmehr dazu, Krankheiten zu lindern und zu verhindern. Das von der Bundesregierung vorgelegte Rahmenprogramm enthalte einen „einseitigen Fokus auf ökonomische Verwertbarkeit und technikorientierte Lösungsansätze", heißt es. Es weise Defizite in der Pflege- und Dienstleistungsforschung, in der internationalen Gesundheitskooperation und bei der Finanzierung auf. Auch werde es der internationalen Verantwortung Deutschlands im Kampf gegen so genannte „vernachlässigte und seltene Krankheiten" nicht gerecht.

Volkskrankheiten und Individualisierte Medizin sind Schwerpunkte des Forschungsprogramms.

Der Abgeordnete Albert Rupprecht (CSU) unterstreicht unterdessen, dass man mit den Schwerpunkten des Programmes die richtigen Akzente setze, um der exzellenten Gesundheitsforschung in Deutschland die richtigen Rahmenbedingungen zu bieten. Die Erwartungen an neue Therapien, neue technische Hilfsmittel und an die Organisation von Pflege und Versorgung seien hoch, Lösungen könnten nur aus der Forschung kommen. „Wir brauchen daher mehr Gesundheitsforschung und eine Bündelung der Kompetenzen. Forschungsergebnisse müssen schneller zum Patienten gelangen", so der Unionspolitiker.



Albert Rupprecht MdB (CSU): Forschungsergebnisse müssen schneller zum Patienten.

Zum Hintergrund

Am 8. Dezember 2010 hat die Bundesregierung ihr neues Rahmenprogramm Gesundheitsforschung beschlossen. Es definiert die strategische Ausrichtung der medizinischen Forschung für die kommenden Jahre. Schwerpunkte sind unter anderem Volkskrankheiten sowie Individualisierte Medizin. <<<

Weiterführender Link

>> Der Antrag der Sozialdemokraten (17/5364) kann im Internet nachgelesen werden. http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/053/1705364.pdf

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 14
Mai 2011

> Linksfraktion will alle Zuzahlungen streichen

Berlin – Die Linksfraktion will die Praxisgebühr und andere Zuzahlungen im Gesundheitssystem abschaffen. Über diesen Antrag hat der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages debattiert.

Zu dem Thema ist kürzlich eine neue Studie veröffentlicht worden. Dieser zufolge schwächen private Zuzahlungen das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem.

Prof. Claus Wendt, Soziologe aus Siegen, vergleicht in seiner Studie die Gesundheitssysteme verschiedener Länder, darunter Deutschland.

In der Untersuchung, die durch das Harkness Programm des Commonwealth Fund und die Robert Bosch Stiftung gefördert wurde, vergleichen Prof. Claus Wendt und sein Team die Gesundheitssysteme von Deutschland, Großbritannien, der Niederlande, Australien, Neuseeland, Kanada und der Vereinigten Staaten. Der Siegener Soziologe weist nach, dass in Deutschland fast jeder achte Befragte aufgrund zu hoher Kosten trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zum Arzt gegangen ist. Im Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten, das sich weitgehend auf private Krankenversicherungen stützt, hat sogar jeder Vierte keine Praxis aufgesucht, obwohl Gesundheitsprobleme vorlagen, während die Bürger in Großbritannien und den Niederlanden kaum von einer solchen Barriere beim Zugang zur ärztlichen Versorgung berichten. (*Ob es sie nicht gibt oder dies nur nicht berichtet wird, bleibt allerdings offen, Anm. d. Red.*)

Die Forscher fragten zudem, ob die Bürger in den sieben Ländern darauf vertrauen, dass sie bei einer schwerwiegenden Erkrankung die notwendigen ärztlichen Hilfen erhalten. In Deutschland fehlt jedem Vierten das Vertrauen, bei einer schweren Erkrankung ausreichend medizinisch versorgt zu werden. Besonders gering ist dieses Vertrauen bei einem niedrigen Einkommen, einem schlechten Gesundheitszustand und wenn man aufgrund zu hoher privater Kosten trotz gesundheitlicher Probleme nicht zum Arzt gegangen ist. Das Fazit des Soziologen lautet: „Die nun vorliegende Studie zeigt, dass private Zuzahlungen das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das Gesundheitssystem nachhaltig schwächen."

In Deutschland fehlt jedem Vierten das Vertrauen, bei einer schweren Erkrankung ausreichend medizinisch versorgt zu werden.

Linke: Zuzahlungen sind „zutiefst unsozial"

Die Linke begründet ihr Anliegen, Praxisgebühr und Co. zu streichen, damit, dass derartige Zuzahlungen „zutiefst unsozial" seien und die beabsichtigte Wirkung nicht erreicht hätten. Oftmals könnten oder wollten Patienten sich die Behandlung nicht leisten. Zur Gegenfinanzierung fordert die Linksfraktion, die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes erhöhte sich der Höchstbeitragssatz der GKV-Mitglieder von derzeit 575 Euro im Monat auf 852 Euro, würden die Zuzahlungen komplett gestrichen. Daran gekoppelt würde auch der Satz für die Pflegeversicherung steigen. Das Ansinnen der Linksfraktion stößt bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages auf ein kontroverses Echo. Während der Bundesverband der Arbeitgeber dies strikt ablehnt – „das ist eine Überstrapazierung des Solidarprinzips" – unterstützen Patientenorganisationen und Sozialverbände den Antrag. „Praxisgebühr und Zuzahlungen fördern im Kontext mit Leistungskürzungen, verstärkten Eigenleistungen und der Privatisierung von Leistungen die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung", betont beispielsweise der Bundesverband Volkssolidarität. <<<

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 14
Mai 2011

> Immer mehr Vorschläge zur Umstrukturierung des G-BA

Berlin – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und seine Arbeitsweise stehen in der Kritik. Nun liegen die ersten Vorschläge von unterschiedlichen Akteuren vor, die eine Umstrukturierung des „kleinen Gesetzgebers" für nötig erachten.

Aktuell haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Weiterentwicklung des G-BA positioniert. In einem gemeinsamen Papier fordern sie unter anderem, dass die unparteiischen Mitglieder des G-BA künftig durch das Parlament berufen werden sollten. Die Selbstverwaltung soll dabei ein Benennungsrecht erhalten.

Das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses

Sektoral statt sektorenübergreifend?
Darüber hinaus sollen sich nicht mehr alle Trägerorganisationen mit allen Themen beschäftigen. Das für alle Inhalte zuständige sektorenübergreifende Beschlussgremium sei in „gleichberechtigte sektorspezifische und sektorenübergreifende Beschlussgremien zu überführen", heißt es in dem Papier. Angedacht sind Beschlussgremien für den stationären, vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen Sektor sowie den Arzneimittelbereich und ein sektorenübergreifender Ausschuss. Während in dem sektorenübergreifenden Gremium alle vier Trägerorganisationen vertreten wären, säßen in den sektorspezifischen Ausschüssen nur die Betroffenen. Änderungen soll es auch bei den Abstimmungsverfahren geben.
Bereits vor einigen Wochen hat die DKG detaillierte Vorschläge zur G-BA-Umstrukturierung in einem 23-seitigen Positionspapier publiziert. Darin plädieren die Krankenhausvertreter unter anderem dafür, den politischen Einfluss auf den G-BA zu verstärken: So soll die Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) über beschlossene Richtlinien hinaus auf alle relevanten Entscheidungsgegenstände ausgedehnt werden. Außerdem schlägt die DKG vor, die Rechtsverordnungskompetenzen des BMG zur Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben zu erweitern.
Im Unterschied zu DKG, KBV und KZBV halten die Kassen eine Strukturreform des G-BA für unnötig, „Selbstverwaltungsstruktur, paritätische Besetzung und sektorenübergreifende Organisation haben sich bewährt", heißt es in einem Positionspapier. Stattdessen solle die Arbeitsfähigkeit des Gremiums gestärkt werden. Eine konkrete Forderung: „Wir brauchen einen gesetzlichen Rahmen, durch den ein stärkerer Anreiz zur frühen und aussagekräftigen Evaluation von Innovationen geschaffen wird." Der G-BA müsse die Möglichkeit bekommen, dafür verbindliche fachliche Vorgaben zu machen.

Koschorrek: G-BA ist intransparent
Die Debatte um eine Reform des Gremiums ist nicht neu. So hat beispielsweise der CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. Rolf Koschorrek mehrfach darauf hingewiesen, dass

Dr. Rolf Koschorrek (CDU) will den G-BA durchsichtiger machen und „belüften".

der G-BA „belüftet" werden müsse. Er will das Gremium vor allem durchsichtiger machen. „Der G-BA und seine Verfahren sind intransparent ohne Ende. Und wir werden politisch dafür gescholten, was da passiert", so Koschorrek auf einer Veranstaltung im Herbst vergangenen Jahres.
Auf mehr Einfluss im Gemeinsamen Bundesausschuss drängen die Länder. Insbesondere bei der Bedarfsplanung wollen sie stärker mitbestimmen.
An Vorschlägen für einen Umbau des mächtigen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung mangelt es somit nicht. Allerdings schweigt das Bundesgesundheitsministerium zu diesem Thema noch. <<<

Weiterführende Links

>> „Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)", pdf-Dokument, 24 Seiten.

>> „Positionen der KBV, KZBV und DKG zur Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses", pdf-Dokument, 4 Seiten.

> Datenbank soll für mehr Gerechtigkeit in der Medizin sorgen

Berlin – Die Berliner Charité hat eine umfassende Datenbank zu Geschlechterunterschieden in großen klinischen Fächern der Inneren Medizin erstellt. Bundesforschungsministerin Prof. Annette Schavan spricht von einem „Meilenstein in der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung" und verspricht sich von dem Portal mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Das Pilotprojekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Die Datenbank enthält bereits mehr als 4.500 wissenschaftliche Publikationen und richtet sich an praktizierende und forschende Mediziner, aber auch an die interessierte Öffentlichkeit. „Dies ist die erste systematische Zusammenstellung aktueller geschlechtsspezifischer Inhalte in der Inneren Medizin", betont die Ministerin. Die Datenbank trage dazu bei, dass Patientinnen und Patienten individueller und besser behandelt werden könnten. Gleichzeitig, so fügt Schavan hinzu, zeigten die in der Datenbank gebündelten Publikationen, dass zukünftig bei der medizinischen Forschung beide Geschlechter angemessen in Untersuchungen einbezogen werden müssten, damit nicht nur Männern, sondern auch Frauen eine evidenzbasierte Medizin zugute komme. „Das ist eine Frage der Gerechtigkeit und der Qualität unseres Gesundheitswesens."

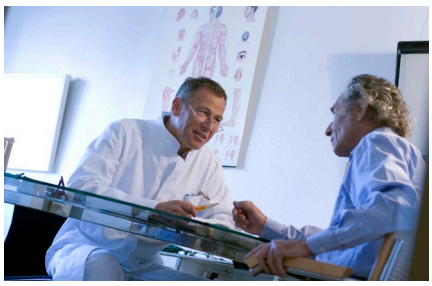
Bundesforschungsministerin Prof. Annette Schavan fördert die Datenbank der Charité

Für den Aufbau der Datenbank wurden 10.000 Publikationen aus der klinischen, pharmakologischen und Grundlagenforschung analysiert, in Tabellen gegliedert und abgespeichert. Sie decken unter anderem die Fachgebiete Kardiologie (Herzerkrankungen), Onkologie (Krebserkrankungen) und Neurologie (Erkrankungen des Nervensystems) ab.

Viele medizinische Standards sind traditionell vor allem an Männern ausgerichtet.

Männer bekommen die teureren Therapieformen verschrieben

Es ist bekannt, dass Herzinfarkte sich bei Frauen durch andere Symptome bemerkbar machen als bei Männern, und auch Erkrankungen wie Depression, Asthma und Morbus Alzheimer weisen erhebliche Geschlechterunterschiede auf. Nicht immer allerdings wird das bei Diagnose und Behandlung adäquat berücksichtigt, in der Vergangenheit oft zu Lasten von Frauen, denn viele medizinische Standards sind traditionell vor allem an Männern ausgerichtet. Darüber hinaus zeigen Studien unter anderem aus den USA, dass Frauen zum Beispiel bei koronaren Gefäßkrankheiten seltener mit den wissenschaftlich angemessenen Medikamenten behandelt werden, und dass Männern generell eher innovative und teure Therapieformen verschrieben werden. <<<



Geschlechterunterschiede werden bei Diagnose und Behandlung nicht immer adäquat berücksichtigt.

Weiterführender Link

>> Die Datenbank zu Geschlechterunterschieden ist nach Eingabe von Name und Passwort unter folgender URL zu erreichen: http://bioinformatics.charite.de/gender

>> Passwort und Nutzerinformationen können unter folgenden E-Mail-Adressen angefordert werden: sabine.oertelt-prigione@charite.de oder roza.parol@fu-berlin.de

> Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Aus dem Wortschatz der Experten

Condition-Treatment Pairs

Der Begriff lässt sich der Zentralen Ethikkomission bei der Bundesärztekammer zufolge mit grob formulierten Indikationen übersetzen (vgl. Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung – 2007).
Ein weiterer Erklärungsansatz findet sich auf der amerikanischen Internetseite einer Ärzteinitiative: *„First, it divided the world of health care into ‚condition-treatment pairs'. Each pair consisted of one medical treatment, paired with the condition it is intended to treat. So, for instance, ‚appendectomy for acute appendicitis' was one of the condition-treatment pairs."*
Quelle: www.yourdoctorinthefamily.com/grandtheory/section9_3.htm

Evidenz

Der Begriff „Evidenz" (Nach-, Beweis) leitet sich vom lateinischen ex (heraus) und videre (sehen) ab und bezieht sich auf wissenschaftlich gewonnene Informationen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Zu ihnen gehören z.B. Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte), Körperersatzstücke (Prothesen), orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle) sowie Inkontinenz- und Stoma-Artikel. Hilfsmittel können auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper zu bringen – wie bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen.
Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision. In Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche: Verschlüsselung von Todesursachen sowie Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung.

Leitlinien

Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.
Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), www.awmf.org

Onkologie

Unter Onkologie wird die Wissenschaft verstanden, die sich mit Krebs befasst. Onkologie ist im engeren Sinn der Bereich der Medizin, der sich mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von malignen Erkrankungen beschäftigt.

Prävalenz

Prävalenz ist ein Maß, um die Krankheitsfälle einer bestimmten Krankheit zu messen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz) in einer definierten Bevölkerungsgruppe auftreten. In der Gesundheitsökonomie werden Ableitungen aus der Prävalenz im Rahmen von Kosten-Analysen verwendet.
Quelle: AOK Bundesverband, www.aok-bv.de

Priorisierung

Einordnung nach einer bestimmten Vorrangigkeit. Bei medizinischen Leistungen heißt dies, eine am Versorgungsbedarf orientierte Rangfolge aufzustellen, aus der die Vorrangigkeit bestimmter Patientengruppen, Indikationen oder Verfahren hervorgehen kann.

Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Form von Richtlinien den GKV-Leistungskatalog und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Rationierung
Allgemein bedeutet Rationierung die Zuteilung nur beschränkt vorhandener Güter oder Dienstleistungen. Im Gesundheitswesen wird darunter meist das Vorenthalten medizinischer Leistungen, die einen Nutzen stiften, verstanden, sei es aus Kosten-, Personal- oder Überlastungsgründen.

Tumorboard
Das Tumorboard ist ein interdisziplinäres Gremium aus Spezialisten zur Behandlung einer bösartigen Erkrankung.

Zuzahlungen
Durch Zuzahlungen werden GKV-Versicherte direkt finanziell daran beteiligt, wenn sie Leistungen ihrer Kasse in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass sie noch zusätzlich zu ihren regulären Beitragszahlungen einen bestimmten Betrag aus eigener Tasche zahlen müssen, wenn sie bespielsweise Hilfsmittel verschrieben bekommen.

> Namen/Abkürzungen

AMNOG
Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes

BMBF
Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMG
Bundesministerium für Gesundheit

DGHO
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie

DKG
Deutsche Krankenhausgesellschaft

DKG
Deutsche Krebsgesellschaft

G-BA
Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV-Spitzenverband
Spitzenverband Bund der Krankenkassen

KBV
Kassenärztliche Bundesvereinigung

KZBV
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

<<< zurück zum Inhalt

Ausgabe 14
Mai 2011

> Wollen Sie über die Verteilungsdebatte im Gesundheitswesen regelmäßig informiert werden?

Immer mehr Veranstaltungen widmen sich dem Thema Kosten-Nutzen-Bewertung. In unserem vierteljährlich erscheinenden Newsletter berichten wir ausführlich über die wichtigsten Termine. Der Infobrief enthält außerdem Berichte und Meldungen zum Thema Verteilungsgerechtigkeit.

Wenn Sie auf dem Laufenden gehalten werden möchten, bestellen Sie unseren kostenlosen Newsletter auf dem Portal zur Verteilungsdebatte unter: **www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html**

Übrigens: Auf **www.gerechte-gesundheit.de** können Sie im Archiv die bisher erschienenen Ausgaben nachlesen. <<<

Impressum

Herausgeber und Redaktion
Presseagentur Gesundheit
Albrechtstraße 11
10117 Berlin
www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

Mit Unterstützung von:
Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin

Bildnachweis
Seite 1+21: Bild im Seitenkopf, Ausgangsfoto: Knipsermann: „Löwenzahn“, Some rights reserved CC-Lizenz (BY 2.0), http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/deed.de, Quelle: www.piqs.de, Bildmontage: David Krause; alle weiteren Bilder Wiederholungen von den Folgeseiten • Seite 2: ICC-Berlin: Schmidt-Dominé/WISO • Seite 2-5: Presseagentur Gesundheit, Thorsten Maybaum (12) • Seite 6: Stiftung Männergesundheit • Seite 7: Siemens-Pressebild • Seite 8: Kooperationsgemeinschaft Mammographie; axentis.de, Georg Lopata • Seite 9: Presseagentur Gesundheit, Thorsten Maybaum (3) • Seite 10: Tumorboard: PT DLR / BMBF; M.Perleth: Gemeinsamer Bundesausschuss; Depression: DAK-Müller • Seite 11: Barmer GEK • Seite 12: Presseagentur Gesundheit, Thorsten Maybaum (2); Pflegeheim: KKH Allianz • Seite 13: Presseagentur Gesundheit, Thorsten Maybaum (4); Büro Dr. Lutz Knopek • Seite 14: iStockphoto, Claudia Dewald; H. Hüppe: BMAS; Hilfsmittel: BMBF • Seite 15: BMBF; Deutscher Bundestag, Lichtblick, Achim Melde • Seite 16: Prof. Wendt: privat; Barmer GEK • Seite 17: Presseagentur Gesundheit, Thorsten Maybaum; Plenum: Gemeinsamer Bundesausschuss • Seite 18: Dr. Annette Schavan/Laurence Chaperon; PT DLR / BMBF (2)