Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 27
August 2014

Editorial

Babys um jeden Preis?

Die Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin haben sich enorm erweitert. Das ist längst kein rein medizinisches Thema, es verändert auch die Gesellschaft. Deshalb befasst sich der Deutsche Ethikrat mit dieser komplexen Materie. Eine Veranstaltung zeigt: Bei der gesellschaftlichen Debatte zu Fragen wie Drei-Eltern-Babys, Leihmutterschaft und Social Freezing stehen wir noch ganz am Anfang. Dürfen Babys beliebig in Auftrag gegeben werden? Eine spannende Debatte.

Ihre Lisa Braun

Inhalt

Seite 2 . . . . . **Fortpflanzungsmedizin am Anfang der Diskussion**
Ethikrat widmet seine Jahrestagung einem komplexen Thema

Seite 4 . . . . . **„Abwarten ist keine Option“**
SVR-Gutachten zu bedarfsgerechter Versorgung

Seite 6 . . . . . **Fonds haben Priorität**
Übersicht zu einem auffälligen Trend im Gesundheitswesen

Seite 8 . . . . . **Ausgebremste Innovationswelle?**
Die DGHO zur neuen EU-Verordnung für klinische Studien

Seite 10 – **Interview** . . . . . **„Wir erleben den Widerstand der Politik“**
Prof. Jan Schulze treibt die Priorisierung in der Ärzteschaft voran

Meldungen

Seite 13 . . . . . **Nutzenbewertung: Experten fordern mehr Mitsprache**
Seite 13 . . . . . **Wanka kündigt Aktionsplan Versorgungsforschung an**
Seite 14 . . . . . **Hess kritisiert „Wirrwarr“ bei der Bewertung von Innovationen**
Seite 15 . . . . . **LSG: Künstliche Befruchtung in der GKV nur ehelich**
Seite 16 . . . . . **Anwerben von Pflegekräften – auf wessen Kosten?**
Seite 17 . . . . . **Krebshilfe: Register bringen „Quantensprung“ für Patienten**
Seite 17 . . . . . **„Patientensicherheit“ ist neues nationales Gesundheitsziel**
Seite 18 . . . . . **Der Kampf gegen Diabetes: Steuern und Aktionspläne**
Seite 19 . . . . . **Glossar**

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 27
August 2014

> Fortpflanzungsmedizin am Anfang der Diskussion

Ethikrat widmet seine Jahrestagung einem komplexen Thema

Berlin – 1978 erblickte mit Louise Joy Brown das erste „Retortenbaby“ das Licht der Welt. Seitdem haben sich die Handlungsmöglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin stark erweitert. „Jeder Schritt der Reproduktion wird technisch gestaltbar“, sagt Prof. Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, und verändere damit auch eine Gesellschaft. Anlass für das Gremium, seine Jahrestagung dem Thema „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ zu widmen.

Welche Herausforderungen für das Verständnis von Selbstbestimmung, Familie und Gesellschaft bringen die Eingriffsmöglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin mit sich? Welche individuellen und sozialen Chancen und Probleme ziehen Eizellspende und Leihmutterschaft, aber auch das langfristige Einfrieren eigener Eizellen für die beteiligten Frauen, Kinder und die Familien nach sich? Welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus für die Politik? Das sind einige der Fragen, die im Laufe der Tagung diskutiert werden, bei jeder einzelnen wird die Komplexität der Probleme deutlich.

© evgenyatamanenko - Fotolia.com

Es geht auch um Verantwortung für andere

„Der Dreiklang von individuellen Lebensentwürfen, Familie und Gesellschaft ist dem Ethikrat deswegen so wichtig, weil es bei der Fortpflanzungsmedizin eben nicht nur um die Selbstbestimmung des Einzelnen über sein Leben geht, sondern immer auch um die Verantwortung für einen anderen Menschen, das Kind und die nächste Generation bzw. die nächsten Generationen“, so Woopen bei ihrer Einführung. Die Entwicklung stelle auch traditionelle Familienbilder in Frage, der Begriff der Familie weite sich aus. Das alles geschehe vor dem Hintergrund, dass sich in Deutschland die rechtliche Grundlage in den vergangenen 20 Jahren kaum geändert habe. Das Embryonenschutzgesetz sei 1991 als Strafgesetz in Kraft getreten. Mit offenen Fragen müssten sich häufig Gerichte befassen. Auf rechtliche Rahmenbedingungen der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland geht Prof. Dagmar Coester-Waltjen von der Universität Göttingen ein. Das Embryonenschutzgesetz verbiete unter anderem die Eizellspende, die Leihmutterschaft sowie Eingriffe in die Keimbahn. Andere Bereiche seien dagegen überhaupt nicht geregelt, z.B. das sogenannte „Social Freezing“, das langfristige Einfrieren eigener Eizellen im jungen Alter, um sie Jahre später für eine Schwangerschaft nutzen zu können. Die Juristin plädiert daher für ein umfassendes Fortpflanzungsmedizin-Gesetz.

Jahresversammlung des Ethikrates © Deutscher Ethikrat, Fotograf: Reiner Zensen

Wie verändert sich das Verständnis von Familie?

Eine ethische Kontroverse über die Zukunft der Familie und reproduktive Autonomie bestreiten Prof. Eberhard Schockenhoff und Prof. Claudia Wiesemann, beide Mit-

glieder des Deutschen Ethikrates. Der Professor für Moraltheologie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg führt in seinem Referat

Prof. Eberhard Schockenhoff, Universität Freiburg © Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen

aus, dass das Leitbild einer ehebezogenen Familie als Ort unbedingter Verlässlichkeit, sozialen Lernens und existenzieller Sinnerfahrung in der Bevölkerung erstaunlich stabil geblieben sei. Dies erkläre sich daraus, „dass die Familie nach der Erwartung der meisten Menschen ein Ort unbedingter Verlässlichkeit sein soll, in der man als Person mit allen Facetten des individuellen Soseins angenommen ist“, so der Wissenschaftler. Es wäre verfehlt, aus der Akzeptanz alternativer Lebensmodelle den Schluss zu ziehen, dass Ehe und Familie im gesellschaftlichen Bewusstsein als Auslaufmodell gelten, meint Schockenhoff.

Prof. Claudia Wiesemann, Universitätsmedizin Göttingen © Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen

Für Claudia Wiesemann, Direktorin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, sind dagegen Heirat und Blutsverwandtschaft keine zwangsläufigen Voraussetzungen für eine Familiengründung. Vielmehr sei die Fortpflanzungsfreiheit, das heißt die Freiheit, allein oder im Verbund mit einem Partner/einer Partnerin darüber zu entscheiden, ob, wann und wie jemand sich fortpflanzen will, ein fundamentales Recht. Es könne allerdings durch andere Grundrechte beschränkt werden.

„Drei-Eltern-Babys“, Leihmutterschaft und „Social Freezing“

Am Nachmittag diskutieren die Teilnehmer in parallelen Foren über drei Themen: Eingriffe in die Keimbahn sind im Fokus von Forum A, das sich mit sogenannten „Drei-Eltern-Babys“ befasst. Dahinter stehen Bemühungen, mitochondriale Erbkrankheiten zu vermeiden. Dabei wird in bislang entwickelten Methoden, die noch in einem experimentellen Stadium sind, das Kerngenom der betroffene Eizelle entweder vor oder nach der Befruchtung in eine zuvor entkernte Spendereizelle übertragen, die gesunde Mitochondrien enthält. Ein so entstehendes Kind trüge im Zellkern die DNA von Vater und Mutter und in den Mitochondrien die DNA der Eizellspenderin.
Forum B setzt sich mit dem Komplex „Eizellspende und Leihmutterschaft“ auseinander. In der Diskussion geht es insbesondere um die Abwägung der Risiken mit dem Recht von Frauen, selbstbestimmt darüber zu entscheiden, ob sie eine Eizellspende oder Leihmutterschaft anbieten möchten.
In der dritten Debatte um „Social Freezing“ wehren sich mehrere Teilnehmer dagegen, dies als Lifestyle-Angebot zu stigmatisieren, während andere neue soziale Zwänge für Frauen sehen. Wichtig für einen verantwortungsvollen Einsatz sei vor allem eine gute Beratung.

„Wir stehen am Anfang der Diskussion“

Die Themen werden in der folgenden Diskussion mit den Bundestagsabgeordneten Hubert Hüppe (CDU), Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen) und Kathrin Vogler (Die Linke) aufgegriffen. Einig sind sich die Politiker darin: Die Eizellspende soll in Deutschland verboten bleiben. Die meisten Frauen würden nicht aus altruistischen Motiven, sondern aus wirtschaftlichen Zwängen Eizellen spenden, betont Vogler. Kritisch beurteilt werden von den drei Politikern Verfahren, die es Frauen mit mitochondrialen DNA-Erkrankungen erlauben sollen, sich ihren Kinder-

Karin Brosius, eine betroffene Mutter © Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen

wunsch zu erfüllen. Die Risiken bei Eingriffen in die Keimbahn seien viel zu hoch, meint beispielsweise Terpe. Die Aussagen stoßen im Publikum zum Teil auf heftigen Widerstand. Karin Brosius, eine betroffene Mutter, zeigt sich schockiert, dass die Politiker kategorisch nein sagen. Sie macht darauf aufmerksam, dass viele Eltern große Hoffnungen auf die Erforschung von Methoden wie dem Spindeltransfer setzen. Die Politiker bitten um Verständnis, dass es sich gerade bei der Fortpflanzungsmedizin um unterschiedliche Haltungen zu Werten handle. Grünen-Politiker Terpe meint: „Wir stehen erst am Anfang, nicht am Ende der Diskussion.“
Debattiert wird auch das „Social Freezing“. Dass immer mehr Frauen

Mitte 30 sind, bevor sie das erste Kind bekommen, habe gesellschaftliche Ursachen, so Vogler. Soziale Probleme biotechnologisch zu lösen, hält sie nicht für den richtigen Weg. Vernachlässigt werden für Hubert Hüppe bei der Diskussion des „Social Freezing“ deutlich erhöhte Abortraten bei Schwangerschaften, bei denen Frauen zuvor eingefrorene Eizellen eingesetzt wurden. Anders als bei der Eizellspende durch eine andere Frau sieht Harald Terpe beim „Social Freezing“ keine Argumente, die ein Verbot rechtfertigen würden. Schließlich meldet sich ein Teilnehmer zu Wort: „Wir reden immer nur vom Recht der Eltern, wo bleibt eigentlich das Kind?“ Sei ein Kind ein Besitztum, das angeschafft werden könne nach dem Motto: „Ich will nur dieses oder jenes“, als ob es um die Wahl eines Autos gehe? Freiheit der Eltern und Verantwortung gegenüber dem Kind gehörten zusammen.

Gesellschaftliche Debatte wichtig

Die Jahrestagung habe gezeigt, wie wichtig angesichts der Entwicklungen in der Fortpflanzungsmedizin eine breite gesellschaftliche Debatte sei, betont die Vorsitzende des Ethikrats in ihren Schlussbemerkungen. So gebe es z.B. Bedarf, über den ethischen Gehalt von Familie in unserer Gesellschaft zu reden. Woopen: „Was bedeutet das?“ Gehe es um traditionelle Vorstellungen oder um umfassende Zuwendung, verlässliches Füreinandereinstehen, unabhängig von der Abstammung? Zudem müsse über die Weiterentwicklung der gesetzlichen Regulierung nachgedacht werden, da die Relevanz der Fortpflanzungsmedizin steige und somit der Handlungsbedarf wachse. Das Embryonenschutzgesetz sei relativ alt und regele manches Wichtige gar nicht, manches nur unklar und manches zwar klar, aber gesellschaftlich sehr umstritten. So komme es vor, dass Paare, die einen Antrag auf eine Präimplantationsdiagnostik (PID) stellen würden, bis zu 2.000 Euro zahlen. „Wollen wir das“, fragt Woopen. Vieles münde in die Frage: „Ist ein Fortpflanzungsmedizin-Gesetz erforderlich?“ Die Medizinethikerin meint: „Die Frage, die der Gesetzgeber beantworten muss, ist nicht: Was darf ich zulassen? Sondern: Was muss ich einschränken?“ <<<

Podiumsdiskussion (v.l.): Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen), Kathrin Vogler (Die Linke), Moderator Burkhard Plemper und Hubert Hüppe (CDU)
© Deutscher Ethikrat, Fotograf: Reiner Zensen

> „Abwarten ist keine Option“

SVR-Gutachten zu bedarfsgerechter Versorgung

Berlin – Das im Sommer präsentierte neue Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) enthält mehrere Vorschläge, die eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherstellen sollen. Bei der Übergabe an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe macht das Expertengremium deutlich: Die Uhr tickt.

Das 600 Seiten starke Werk trägt den Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“. Den Schlüsselbegriff ihrer neuen Expertise erklären die Wissenschaftler wie folgt: „Bedarfsgerechtigkeit bildet ein normatives Konzept, demzufolge jeder Versi-

Übergabe des Gutachtens am 23. Juni 2014, v.l.: Prof. Dr. Eberhard Wille, Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Marion Haubitz, Prof. Dr. Petra A. Thürmann, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender und Prof. Dr. Wolfgang Greiner © BMG, Schinkel

cherte bzw. Bürger in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem Bedarf entspricht, d.h. die er nach möglichst objektiven Kriterien benötigt." Die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen stelle ein „wesentliches Element" der Bedarfsgerechtigkeit dar.

Ein neues Versorgungsgesetz soll kommen

Angegangen – aber noch längst nicht gelöst – hat bereits das so genannte „Landärztegesetz" Versorgungsprobleme, die vor allem in ländlich strukturierten Gebieten zu Tage treten. Minister Gröhe hat deshalb bereits ein neues Versorgungsgesetz angekündigt. An Vorschlägen dafür mangelt es dem Gutachten nicht. Bei der Vorstellung in der Bundespressekonferenz wird deutlich, dass die Uhr tickt. Die meisten Vorschläge aus dem großen Maßnahmenbündel zur Bekämpfung der Versorgungsprobleme benötigen Zeit. Der Druck des demografischen Wandels werde spürbar größer. „Abwarten ist keine Option", mahnt der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Ferdinand Gerlach. Der Mediziner und Public Health-Experte ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin, Uni Frankfurt, und hat ein besonderes Auge auf die bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung.

Viele Vorschläge gehören zu den Evergreens, wie zum Beispiel eine bessere Honorierung für Landärzte (konkret sollen es 50 Prozent Honorarplus sein) oder der Verkauf von Praxen in überversorgten Gebieten. Neu ist die Idee, in ländlichen Regionen sogenannte „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)" einzurichten. „Das sind Einrichtungen, die im Grunde eine Zentralisierung gesundheitlicher Versorgungsangebote darstellen", erläutert Gerlach. Zu den medizinischen Angeboten gehörten auch die Leistungen anderer Gesundheitsberufe sowie ein Kindergarten für die Mitarbeiter. In einem LGZ könnten die Belastungen der Beschäftigten durch Notfallversorgung und Bereitschaftsdienste auf mehrere Schultern verteilt werden. Der Rat empfiehlt, für die Erprobung und Etablierung Gelder aus dem Innovationsfonds einzusetzen. Die Wissenschaftler plädieren außerdem für die Gründung einer „Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung" – finanziert mit Beitragsgeldern der Versicherten. „Bis alle Maßnahmen gegen Unterversorgung greifen, braucht es Zeit." Dieser Hinweis fällt mehrfach.

Krankenhaus monistisch finanzieren

Eine klare Empfehlung zu einem Übergang zu monistischer Finanzierung der Krankenhäuser gibt der SVR-G außerdem. „Angesichts des Rückzugs der Länder aus der Investitionsfinanzierung erscheint ein Übergang zu einer monistischen Finanzierung, in der auch die Investitionskosten über die Leistungsentgelte refinanziert werden, dringlicher denn je", steht im Gutachten. Ein weiterer Aspekt, der bereits in einem Entwurf des Koalitionsvertrages auftauchte, ist ein Fonds zum Abbau von Überkapazitäten im stationären Sektor. Der sogenannte Restrukturierungsfonds sollte danach mit 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist werden. Interessanterweise greift das Gutachten diesen Vorschlag auf und bedauert, dass die Regierung den Passus in ihrem Koalitionsvertrag gestrichen hat.

Arzneimittelbewertungen: „Wir brauchen eine Harmonisierung"

Gerlachs Stellvertreter Prof. Eberhard Wille, der den Vorsitz ein Jahrzehnt inne hatte, stellt auf der Pressekonferenz außerdem einige ausgewählte Leistungsbereiche vor, zu denen sich die Wissenschaftler in dem Gutachten dezidiert äußern: Beispielsweise sollten Medizinprodukte einem ähnlich strengen Prüfverfahren unterliegen wie in den USA. Bei Arzneimittelbewertungen sei eine Harmonisierung in Europa angezeigt, um Synergieeffekte zu nutzen. „Wir brauchen eine Harmonisierung. Im Ergebnis kann bei einer Nutzenbewertung innerhalb Europas

doch immer nur dasselbe herauskommen“, sagt Wille. Die Preisverhandlungen könne jedes Land für sich durchführen. Der Rat plädiert auch für eine Nutzenbewertung des Bestandsmarktes. Allerdings macht Wille keinen Hehl daraus, dass seine persönliche Meinung dazu vom Rat abweiche. „Ich sehe die Schwierigkeit und bin deshalb gegen die Bestandsmarktbewertung“, so Wille. Medizinisch mache das Sinn, deshalb habe man diese Empfehlung aufgenommen.

Das umfangreiche Gutachten wird die Akteure noch lange beschäftigen. Am 30. September 2014 stellt der Sachverständigenrat sein aktuelles Werk im Rahmen eines Symposiums in Berlin vor. <<<

Weiterführender Link:

> Mehr zu der Expertise unter: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=529

> Fonds haben Priorität

Übersicht zu einem auffälligen Trend im Gesundheitswesen

Berlin – Fonds haben momentan im Gesundheitswesen Konjunktur, bei diversen Themen beziehungsweise Problemen sollen sie den Finanzierungsbedarf sicherstellen – eine besondere Form der Priorisierung. Was ist davon zu halten? Eine Übersicht.

Die Vorbereitungen für den Innovations- und Pflegefonds laufen, über einen Umstrukturierungsfonds für Krankenhäuser wird dagegen noch diskutiert. Fonds sind in dieser Legislaturperiode ein großes Thema. Aber sind sie auch ein geeignetes Instrument, um Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen zu beheben? Danach befragt will der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), keine pauschale Antwort geben. Die Herausforderungen im

Karl-Josef Laumann (CDU), Patienten- und Pflegebeauftragter der Bundesregierung © pag, Maybaum

Gesundheitssystem seien viel zu unterschiedlich, als dass hierauf eine allgemeingültige Antwort möglich sei. Dementsprechend gebe es auch keine pauschalen Vor- und Nachteile. „Es gibt Fonds wie etwa den Pflegevorsorgefonds, der als Beitrag zu mehr Generationengerechtigkeit richtig ist. Und es gibt Fondsideen, die aus gutem Grund nicht umgesetzt werden, weil sie entweder nicht zum gewünschten Erfolg führen, unkalkulierbare Risiken beinhalten oder mehr Kosten als Nutzen verursachen würden“, sagt Laumann. Es komme auf den jeweiligen Einzelfall an.

Lesen Sie im folgenden eine kurze Übersicht zum Thema Fonds im Gesundheitswesen und wie der Gesundheitsökonom Prof. Wolfgang Greiner, Mitglied des Sachverständigenrates, den Trend beurteilt.

Der Pflegevorsorgefonds – Gesamtlaufzeit von 40 Jahren

Nach Ansicht der Bundesregierung ist der Fonds das geeignete Instrument, um die Versorgung der sogenannten Babyboomer-Generation in der Zukunft sicherzustellen. In den nächsten Jahrzehnten werde die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich

© Barabas Attila - Fotolia.com

steigen, schreibt die Regierung in ihrer Antwort (Bundestagsdrucksache 18/1519) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Den Höhepunkt erreiche die Entwicklung, wenn ab etwa dem Jahr 2035 die geburtenstarken Jahrgänge pflegebedürftig würden.
Ab 2015 sollen die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten 20 Jahre lange in den Vorsorgefonds fließen und ab 2035 wiederum 20 Jahre lang ausschließlich zur Stabilisierung der Beiträge von dort wieder entnommen werden. Aufgrund der demografischen Entwicklung werde die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit rund 2,5 Millionen über

etwa 3,5 Millionen im Jahr 2030 auf über vier Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Exakte Schätzungen der Beitragssatzentwicklung seien über einen Zeitraum von 35 bis 45 Jahren allerdings nicht möglich, schreibt die Regierung. Die Zahl der Pflegebedürftigen werde jedoch voraussichtlich nach dem Jahr 2055 sinken. Damit ergebe sich abhängig von der Zahl der Beitragszahler bei der Beitragsbelastung „voraussichtlich eine gewisse Entspannung". Der Vorsorgefonds mit seiner Gesamtlaufzeit von 40 Jahren sei darauf angelegt, die Spitzenbelastung abzufedern.

Der Innovationsfonds – Details bestimmt der G-BA

Ein mit insgesamt 300 Millionen Euro bestückter Fonds wird nach dem Willen der Bundesregierung die Versorgungsforschung mit 75 Millionen sowie innovative Versorgungsformen mit 225 Millionen fördern. Details dazu haben die Gesundheitspolitiker Jens Spahn (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) kürzlich in einem gemeinsamen Eckpunktepapier veröffentlicht. Unter innovativen Versorgungsformen stellen sie sich Leistungen vor, die über die heutige

Jens Spahn (CDU) links, und Prof. Karl Lauterbach (SPD) während einer Pause in den Koalitionsverhandlungen, November 2013 © pag, Maybaum

Regelversorgung hinausgehen, besonderen Versorgungsformen zuzurechnen sind und die erkennbare Defizite der sektoralen Versorgung zu überwinden oder zu vermeiden

Prof. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom Universität Bielefeld und Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Halten Sie Fonds für ein geeignetes Instrument, um Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen zu beheben?

Fonds sind aus finanzwissenschaftlicher Sicht immer dann sinnvoll, wenn ein vorübergehender Finanzierungsbedarf von unterschiedlichen Kostenträgern gedeckt werden soll. Diese Voraussetzungen sind in der Regel nicht gegeben. Eine dauerhafte, langfristige Finanzierung ist in diesen (Regel-)Fällen vorzuziehen. Ein im Ansatz sehr gelungenes Beispiel ist die Einrichtung der Conterganstiftung, die Gelder des Bundes sowie der Firma Grünenthal und Spenden Dritter zusammenfasst und nach bestimmten Kriterien vergibt. Die Stiftung wird es voraussichtlich nur bis zum Lebensende der Contergangeschädigten geben. Vertretbar war auch die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung (IV), die mit einem ein-prozentigem-Abzug von den ambulanten und stationären Budgets im Kern auch nichts anderes als eine Fondslösung war. Hier war der Zweck, auf einen begrenzten Zeitraum der Integrierten Versorgung einen Marktzugang zu erleichtern, um Erfahrungen mit dem neuen Instrument zu sammeln und es den Marktteilnehmern bekannt zu machen. Es ist aber zu begrüßen, dass diese Förderung nach einigen Jahren wieder eingestellt wurde, denn auch Versorgungsinnovationen müssen sich am Markt bewähren und sollten nicht dauerhaft finanziell subventioniert werden. Forderungen nach einem „Innovationsfonds" zur weiteren Unterstützung von IV-Projekten sind daher nicht sinnvoll. Allenfalls wäre, wie im Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrates 2012 erläutert, eine zeitweise zinsfreie Darlehensfinanzierung innovativer Versorgungskonzepte möglich, aber zu diesem Zwecke müsste kein gesonderter Fonds aufgelegt werden. Die Hauptprobleme bei der Fondsfinanzierung liegen vor allem in Mitnahmeeffekten (wenn das Geld im Fonds liegt, wird es angefordert), Verzerrungen bei Investitionsentscheidungen (z.B. zu Gunsten von Pflegeheimen wie bei dem in den Koalitionsverhandlungen diskutierten Strukturfonds) und nicht sachgerechter Finanzierung (vor allem der anteiligen Finanzierung aus Beitragsmitteln, obwohl eine Steuerfinanzierung angemessen wäre, wie z.B. bei den Überlegungen zum Präventionsgesetz).

suchen. Als Beispiele nennen sie unter anderem Projekte, welche Versorgung in unterversorgten Regionen gewährleisten, die zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten mit Polymedikation beitragen oder auch Modelle zur Substitution oder Delegation ärztlicher Leistung oder zur Qualitätssicherung. Auch auf Details zur Vergabe gehen Spahn und Lauterbach ein: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt nicht nur die Kriterien fest, sondern richtet einen „Unterausschuss Innovation und Versorgungsforschung" ein, der auch Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums beteiligt. Dieses Gremium entscheidet dann über die Anträge und „die Schwerpunktsetzung".

Umstrukturierungsfonds – in der Warteschleife?

In einem Entwurf des Koalitionsvertrages tauchte die Idee auf, einen Fonds zum Abbau von Überkapazitäten im stationären Sektor einzurichten. Dieser soll beispielsweise helfen, Krankenhäuser in Gesundheitszentren mit ambulanten Einrichtungen, Rehabilitation und spezieller geriatrischer Versorgung umzuwandeln und dafür mit 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist werden. Allerdings fiel der Fonds den Kürzungen zum Opfer und schaffte es nicht in die Endfassung des Vertrags. Vom Tisch ist der Plan allerdings noch nicht endgültig. So greift der Sachverständigenrat den Vorschlag beispielsweise in seinem aktuellen Gutachten auf. Zuvor haben im Frühjahr die SPD-Länder bei einem Treffen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Krankenhausreform den Fonds wieder ins Spiel gebracht. Auch der Bund will sich der Idee nicht grundsätzlich verweigern. Der Fonds sei „weiter Gesprächsgegenstand", so Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

Der Umstrukturierungsfonds ist aus dem Koalitionsvertrag gestrichen worden. Er bleibt aber im Gespräch. Mit den Geldern würden Umwandlungen von Krankenhäusern finanziert. © Techniker Krankenkasse

Härtefall-Fonds – diskutiert und gescheitert

Bei der Vorbereitung des Patientenrechtegesetzes wurde der sogenannte Härtefallfonds diskutiert: Patienten, die lange auf einen Prozess wegen eines möglichen Arztfehlers warten, sollten durch diesen finanziell unterstützt werden – so die Idee, die sich aber letztlich (noch) nicht durchsetzen konnte. Das Patientenrechtegesetz war das zentrale Projekt von Wolfgang Zöller (CSU), Laumanns Amtsvorgänger als Patientenbeauftragter. <<<

> Ausgebremste Innovationswelle?

Die DGHO zur neuen EU-Verordnung für klinische Studien

Berlin – Angesichts der dynamischen Entwicklung in der Krebsmedizin fühlt sich Prof. Bernhard Wörmann von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) wie auf einer Innovationswelle – „aber wir werden ausgebremst". Nach Ansicht der Fachgesellschaft bietet die neue EU-Verordnung für klinische Studien die Chance, dass Deutschland als Forschungsstandort wieder attraktiver wird. Dafür müssten allerdings liebgewonnene Claims in Frage gestellt werden.

Prof. Bernhard Wörmann, DGHO © pag, Maybaum

Rückblende: Der europäische Ministerrat hat im April eine neue Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln abgesegnet. Das Europäische Parlament hatte dem Vorschlag bereits am 2. April in erster Lesung mit großer Mehrheit zugestimmt. Damit wird die bisherige EU-Richtlinie für klinische Prüfungen durch die neue und in allen EU-Mitgliedstaaten unmittelbar geltende Verordnung abgelöst. Sie soll voraussichtlich ab 2016 Anwendung finden, nachdem ein elektronisches Einreichungsportal mit angeschlossener Datenbank bei der Europäischen Arzneimittelagentur eingerichtet ist. Die neuen Regelungen harmonisieren die Bedingungen für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln in der Europäischen Union. Darüber hinaus soll die Verordnung für mehr Transparenz bei Studienergebnissen sorgen. Grundsätzlich verlangt die DGHO angesichts der Umsetzung der neuen

EU-Verordnung in Deutschland, dass die Abläufe bei der Bewertung und Genehmigung klinischer Studien professionalisiert und gestrafft werden. Speziell die Zusammenarbeit zwischen Ethik-Kommissionen und Bundesoberbehörden müsse neu organisiert werden, so Prof. Mathias Freund, Geschäftsführender Vorsitzender der Gesellschaft. Das werde erfordern, dass die Parteien aufeinander zugehen, so Freund auf einer Pressekonferenz in Berlin. „Lieb gewonnene Claims müssen in Frage gestellt werden."

Prof. Mathias Freund, DGHO
© pag, Maybaum

Keine „quälenden" Verfahren mehr

Die EU-Verordnung sieht vor, dass Bundesoberbehörden und Ethik-Kommissionen künftig ein gemeinsames Votum zu einer geplanten klinischen Studie abgeben. Eine Koordinierungsstelle, beispielsweise beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt, lehnt die DGHO ab. Dies koste angesichts der engen Fristen, die künftig vorgesehen sind, zu viel Zeit.

Weitere Forderungen der DGHO zur Umsetzung in nationales Recht: Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass Prüfstätten und ihr Personal bei den Landesbehörden akkreditiert werden. Das Monitoring bei minimalinterventionellen klinischen Studien sei zu vereinfachen. Erforderlich sei ferner eine vereinheitlichte Genehmigung diagnostischer und therapeutischer Verfahren mit ionisierender Strahlung (CT, Röntgen, Nuklearmedizin, Strahlendtherapie) im Rahmen von Studien. Konkret soll das Bundesamt für Strahlenschutz nach dem Willen der DGHO nur noch eine beratende Rolle einnehmen, nachdem die Verfahren dort von Medizinern als „quälend" empfunden wurden, so Freund.

DGHO für „Stiftung klinische Studien"

Er schlägt außerdem eine „Stiftung klinische Studien" vor. Diese solle in einem ersten Schritt zuständig dafür sein, einen Entschädigungsmechanismus für Probanden in minimalinterventionellen klinischen Studien bereitzustellen. Später solle die Stiftung durch die Kostenträger und

Eine EU-Richtlinie für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln soll mehr Transparenz herstellen und für Laien verständliche Zusammenfassungen bereitstellen. © BVMed-Bilderpool

den Bund zur Finanzierung solcher Studien aufgebaut werden.

Der Fachgesellschaft ist es ein Anliegen, dass der Forschungsstandort Deutschland wieder für die Durchführung klinischer Studien interessant wird. „Wir haben ein hohes Interesse daran, dass in internationalen Studien auch deutsche Patienten eingeschlossen werden", sagt Prof. Bernhard Wörmann, medizinischer Leiter der DGHO. <<<

Forschung für Kinder

Die Hürden für nicht-kommerzielle klinische Studien sind in Deutschland zu hoch. Das hat Prof. Angelika Eggert auf der Pressekonferenz beklagt. Der Vorsitzenden der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) zufolge stehen für deren Finanzierung keine ausreichenden öffentlichen Mittel zur Verfügung. Löse man dieses Problem nicht, „werden wir häufig keinen medizinischen Fortschritt mehr erzielen", warnt die Direktorin der Klinik für Pädiatrie der Charité, Campus Virchow-Klinikum. Eggert weist darauf hin, dass 95 Prozent der krebskranken Kinder in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden. Es handele sich dabei um Studien, die unabhängig von der Pharmaindustrie seien und durch öffentliche und private Gelder finanziert werden. Die Medizinerin nennt als potenzielle Geldgeber unter anderem die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die Krebshilfe und das Bundesforschungsministerium. Häufig erfolge eine Querfinanzierung durch Elternvereine – ohne diese Möglichkeit könne man die kleinen Patienten oft nicht mehr therapieren, so Eggert. Sie will, dass die Forschung stärker als gesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird, Bund und Länder sollten beispielsweise die Schadensabsicherung übernehmen. Eggert abschließend: „Die Finanzierung medizinischer Innovation wird von den Stakeholdern des deutschen Gesundheitssystems nicht ausreichend unterstützt. Das muss sich ändern, wenn Deutschland in der Medizin international nicht den Anschluss verlieren will."

Prof. Angelika Eggert, GPOH
© Deutscher Ethikrat

> „Wir erleben den Widerstand der Politik“

Prof. Jan Schulze treibt die Priorisierung in der Ärzteschaft voran

Berlin – „Das ist ein ganz dickes Brett, das wir bohren.“ So beschreibt Prof. Jan Schulze die Aufgabe der Arbeitsgruppe (AG) „Priorisierung im Gesundheitswesen“ – eingesetzt von der Bundesärztekammer (BÄK) vor zwei Jahren. Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, leitet sie und hat sich dem Thema verschrieben. Im Interview erzählt er, was die AG bereits erreicht hat, was die größten Herausforderungen sind und wie er versucht, Unwörter zu enttabuisieren.

> **Die Arbeitsgruppe wurde vor zwei Jahren eingesetzt. Können Sie die AG unseren Lesern kurz vorstellen? Wer arbeitet dort beispielsweise mit?**

Prof. Jan Schulze: Es ist eine Gruppe von Wissenschaftlern, die sich mit dem Thema Priorisierung bereits engagiert beschäftigt hat. Mitvorsitzender unserer Gruppe ist Prof. Heiner Raspe aus Lübeck. Ein weiteres Mitglied ist Prof. Adele Diederich, sie hat bereits eine Menge Surveys im Rahmen von Projekten der Deutschen Forschungsgemeinschaft auf den Weg gebracht. Weitere AG-Mitglieder sind Prof. Georg Marckmann, Prof. Eckhard Nagel und Prof. Dominik Groß.

> **Bleiben dort die Wissenschaftler unter sich?**

Prof. Jan Schulze: Nein, es sind auch Vertreter aus ärztlichen Organisationen in der Arbeitsgruppe vertreten: Neben meiner Person und Prof. Christoph Fuchs, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der BÄK, sind das Rudolf Henke vom Marburger Bund, Ärztekammerpräsidentin Dr. Simone Heinemann-Meerz, der BÄK-Hauptgeschäftsführer Dr. Bernhard Rochell und der BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery.

> **Worüber diskutieren Sie in der Gruppe und was haben Sie bereits erreicht?**

Prof. Jan Schulze: Wir setzen uns insbesondere mit dem schwedischen Modell auseinander. Die Schweden priorisieren ja bereits seit über zehn Jahren. Das ist Gegenstand unserer Diskussion, die insbesondere durch die Arbeiten von Prof. Raspe angetrieben wird. Zu unseren Aktivitäten: Mit einer Artikelserie im Deutschen Ärzteblatt haben wir versucht, alle Ärzte mit ins Boot zu bekommen. Wir haben außerdem Umfragen zum Thema gemacht: Aktuell führt Frau de Bois vom Deutschen Ärztinnenbund zusammen mit Frau Prof. Diederich eine Befragung zu „Präferenzen bei der Verteilung medizinischer Leistungen“ online durch. Außerdem habe ich die Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages zur Priorisierung befragt und ich bin sehr froh über die Ergebnisse (*siehe Infokasten*).

Zur Person:

Prof. Jan Schulze (Jahrgang 1942) ist seit 1999 Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Der Facharzt für Innere Medizin war zuvor stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Dresden. Seit 2003 ist er Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Prävention der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Er leitet die Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“, die die Bundesärztekammer (BÄK) vor zwei Jahren eingesetzt hat.

© Sächsische Landesärztekammer

Ärzte zur Priorisierung

Der 117. Deutsche Ärztetag ermittelte ein Stimmungsbild zur Priorisierung: 94 Prozent der befragten Delegierten sind der Ansicht, dass die Ärzteschaft das Thema weiter verfolgen sollte. Das „Ärzteparlament“ hat außerdem eine breite gesellschaftliche Debatte über Priorisierung in der Medizin gefordert. Die Delegierten verlangen vom Gesetzgeber, im Sozialgesetzbuch V eine nach wissenschaftlich fundierten und ärztlich befürworteten Qualitätskriterien festgestellte Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung festzuschreiben.

Mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens sind wir im Gespräch über den Priorisierungsaspekt in nationalen Leitlinien. In den Überarbeitungen des Leitlinienprogramms soll die Priorisierung sehr viel stärker als Handlungskorridor für die Ärzte eingeführt werden. Last but not least initiieren wir einen Workshop, mit dem wir bald die deutschen Ärztekammern besuchen.

> **Worum geht es bei dem Workshop?**

Prof. Jan Schulze: Das Thema lautet „Ärztlich unterstützte Priorisierung". Der Workshop besteht aus drei Teilen. Wir erklären zunächst, was Priorisierung ist, was sie beabsichtigt und wie sie im Kontext von Rationierung und Rationalisierung zu verstehen ist. Das wird dann im zweiten Teil mit einem charakteristischen Fallbeispiel unterfüttert.

> **Was ist das für ein Beispiel?**

Prof. Jan Schulze: Es handelt sich um einen multimorbiden Patienten mit einem metabolisch-vaskulären Syndrom. Zum Arzt kommen ja oft

© AOK-Mediendienst

betagte Patienten mit einem ganzen Bündel von Krankheiten, die zum Teil interagieren. Die Diagnostik und Therapie muss der Arzt darauf priorisierend abstimmen. Das Problem besteht darin, dass man den Betroffenen nicht zwölf Medikamente geben kann, zwischen denen gegebenenfalls Wechselwirkungen bestehen. Entscheidend ist die erste Priorität, die zweite, die dritte und vierte und es geht darum, auf was man verzichten kann. Das wird mit den Kollegen durchexerziert.

> **Also Priorisierung innerhalb eines Patienten, es wird keine Vorrangigkeit des einen Falls gegenüber eines anderen festgelegt?**

Prof. Jan Schulze: Genau! Wir wollen exemplarisch innerhalb eines heutzutage häufig auftretenden Patiententypus die Priorisierung durchspielen.

> **Was ist mit Teil drei?**

Prof. Jan Schulze: Darin zeigt Prof. Raspe, wie wichtig die Diskussion um Werte und Kriterien bei der Gestaltung von Gesundheitsversorgung ist und wie Priorisierung nach dem schwedischen Modell funktioniert. Im Mittelpunkt des Modells stehen dabei Priorisierungsleitlinien mit sogenannten „condition intervention pairs". Verkürzt wiedergegeben geht es darum, welche Bedingungen beim Patienten konkret vorliegen und wie der Gang der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen zu führen ist.

> **Studien zufolge stehen Ärzte zwiespältig zu Allokationsentscheidungen: Zum einen wünschen sie sich dabei Entlastung, andererseits hegen sie massive Zweifel daran, dass diese Entscheidungen von anderen auf anderer Ebene besser getroffen werden können. Wie ist mit dieser Ambivalenz umzugehen?**

Prof. Jan Schulze: Ich glaube, dass wir von Schweden ein wenig lernen können. Wir haben zwar in Deutschland ein gut ausgeprägtes Leitlinienprogramm. Allerdings müsste der Priorisierungsaspekt dort verstärkt eingebracht werden – nach dem Motto „Tue erstens, zweitens, erwäge ggf. drittens und unterlasse besser viertens und fünftens". Den Handlungskorridor priorisierungsmäßig anzureichern ist ein Teil der Lösung für die Ärzte und die Patienten. Letztlich sind es Empfehlungen für die Praxis. Was die Skepsis mancher Ärzte betrifft, weil sie sich von der Administration und Organisation des

Das schwedische Modell

Schweden setzt bei der Versorgungssteuerung auf nationale Priorisierungsleitlinien. Die Leitlinien – die erste erschien 2004 – erarbeitet die Ärzteschaft gemeinsam mit den schwedischen Regionen und dem nationalen Priorisierungszentrum an der Universität Linköping. Man konzentriert sich dabei auf Krankheitsgruppen beziehungsweise Versorgungsbereiche von besonderer klinischer, epidemiologischer und ökonomischer Bedeutung – und mit umstrittenen Leistungen und hoher Praxisvariation. Konkret wird „vertikal" mit so genannten Condition-Intervention Pairs (CIPs) priorisiert: bestimmte klinische Zustände werden mit zu ihrer Behandlung mehr oder weniger geeigneten Interventionen gekoppelt. Diese können diagnostische, präventive, kurative, rehabilitative oder palliative Ziele verfolgen.

Quelle: Raspe, Heiner; Schulze, Jan (2013) Medizinische Versorgung: Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. Dtsch Arztebl 2013; 110(22): A-1091ff. (http://m.aerzteblatt.de/print/140342.htm)-

Systems gefesselt fühlen, so könnte diese mithilfe von Priorisierungsleitlinien speziell für das Management aufgelöst werden. Das ist etwas, was in Schweden sehr gut funktioniert: Die Administratoren kommen auf der Grundlage des aktuellen medizinischen Wissens, das allerdings für sie aufbereitet wird, zu rationalen Handlungen, die mit den Tätigkeitsschwerpunkten der Ärzteschaft und auch mit dem Interesse der Patienten in Einklang stehen. Das könnte die Lösung dieses Spannungsfelds sein.

> **Idealerweise sollte es also zwei Formen von Priorisierungsleitlinien geben: für Ärzte und für Administratoren. Diese wären zwar gleichen Inhalts, aber zielgruppenspezifisch aufbereitet?**

Prof. Jan Schulze: Richtig. Und wir haben dann ja auch noch die Patientenleitlinien, wo es auf das Level und das Verständnis von Betroffenen herunter gebrochen wird.

> **Die Ärzteschaft verfolgt das Thema Priorisierung schon länger, Prof. Hoppe hat dafür viel Kritik einstecken müssen. Wer sind Ihre Verbündeten bei dieser Debatte?**

Prof. Jan Schulze: Für uns sind natürlich Patienten und Betroffene die Zielgruppe. Die so genannten Bürgerforen, wie sie in Lübeck sehr erfolgreich durchgeführt worden sind, haben ermutigende Ergebnisse geliefert. Die Bürger wurden dort mit Priorisierung anhand sehr konkreter Beispiele konfrontiert. Es gibt eine überwiegende Zustimmung, die Teilnehmer haben das klar formuliert: „Ein Mehr des Sinnvollen auf Kosten des weniger Sinnvollen hat unsere Unterstützung."

> **Wer sollte Ihrer Meinung nach Priorisierungskriterien festlegen? Der Deutsche Ärztetag spricht von wissenschaftlich fundierten und ärztlich befürworteten Qualitätskriterien. Kommen nur Ärzte und Wissenschaftler dafür in Frage – was ist mit den Bürgern?**

Prof. Jan Schulze: Bürgerforen sollten meiner Ansicht nach verbreitet werden, der Gedanke muss stärker in die Öffentlichkeit getragen werden. Außerdem brauchen wir ein Forum, auf dem Politik, Patienten, Bürger, Ärzte und andere Professionen gemeinsam über Priorisierung diskutieren, und zwar kontinuierlich. Da wären eine Enquete-Kommission beim Deutschen Bundestag oder auch der Gemeinsame Bundesausschuss vielleicht die richtigen Gremien.

> **Die Politik lehnt aber Priorisierung bislang rigoros ab ...**

Prof. Jan Schulze: Das stimmt, wir haben bisher leider nicht das durchschlagende Echo von der Politik, sondern erleben Widerstand. Die Politik denkt offenbar nur in Vier-Jahres-Zyklen und ist nur widerstrebend ansprechbar, auch wenn an verschiedenen Diskussionskreisen auch Politiker wie Staatssekretäre teilnehmen. Es gibt aber jetzt im Bundesgesundheitsministerium eine Abteilung für Ethik in der Medizin. Wir hoffen, mit dem Mitarbeiter vertiefende Gespräche führen zu können, um unser Anliegen anzubringen.

> **Offenbar ist Priorisierung ein Unwort, wie wollen Sie es enttabuisieren?**

Prof. Jan Schulze: Wir haben darüber auch in der Gruppe nachgedacht. Es ist nun einmal ein Terminus technicus, der vielleicht mit einem Zusatz ergänzt werden sollte: gerechte und transparente Verteilung von Gesundheitsgütern nach Werten und Kriterien, die gesellschaftlich mit Unterstützung der Ärzte und anderen Experten (z. B. Ethikern, Pflege und andere Gesundheitsberufe, Rechtswissenschaftler, Sozialwissenschaftler) definiert werden.

> **Naja ...**

Prof. Jan Schulze: Sie sehen, ein Wortungetüm – aber gerechte und transparente Verteilung von Gesundheitsgütern ist, so glaube ich, eine für jedermann verständliche Definition.

> **In allen Lebensbereichen wird ständig priorisiert. Das ist nicht neu. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss priorisiert. Bei Katastrophen wie dem Zugunglück von Eschede wurde priorisiert – Stichwort Triage. Warum ist das in der Alltagsmedizin eigentlich so negativ besetzt?**

Prof. Jan Schulze: Dahinter steht die Sorge vor der Einschränkung der Therapiefreiheit – gerade angesichts der andauernden Reglementierung und Bürokratisierung in der Medizin. Meine Meinung und auch die der Gruppe ist, dass die Professionalisierung im Sinne einer Standardisierung und Priorisierung in diesem erwähnten Leitlinienbündel – Managementleitlinien und nationale Leitlinien – auf jeden Fall besser ist als eine staatlich verordnete Budgetierung. Professionalisierung über Priorisierung ist eine ganz wichtige Bastion gegen die Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Mir macht Mut, dass 94 Prozent der Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages dafür votiert haben, das Thema weiterzuverfolgen. Festzuhalten bleibt also: Die Unterstützung der Ärzteschaft haben wir, die der Patienten in den Bürgerforen auch, bleibt die Politik, die wir noch ins Boot bekommen müssen.

> **Herr Prof. Schulze, wir danken für das Gespräch.** <<<

> Nutzenbewertung: Experten fordern mehr Mitsprache

Berlin – Die frühe Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln wird weiterhin kontrovers diskutiert. Auf dem Hauptstadtkongress in Berlin stellte das gesundheitspolitische Forum dazu die Frage: „Kommt noch genug Innovation beim Patienten an?“

Für Dr. Antje Haas vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) können durch die Bewertung echte Innovationen erkannt und mit einem höheren Preis belohnt werden. Außerdem würden unabhängige Informationen über die neue Substanz in einer sehr frühen Phase allgemein verfügbar. Wünschenswert wäre allerdings aus Kassensicht, dass es häufiger einen „Beleg“ und nicht nur einen „Hinweis“ auf einen Zusatznutzen gebe.

Broich gegen „doppelte Expertise“
Mehr Einfluss für die Zulassungsbehörden beansprucht der damalige Vizepräsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Prof. Dr. Karl Broich. BfArM und Paul Ehrlich-Institut (PEI) hätten ein großes Know-how zur Nutzen-Risiko-Abwägung und zu klinischen Prüfungen entwickelt. Außerdem hätten sie eine breite Erfahrung in der wissenschaftlichen Beratung von Pharma-Unternehmen. „Es macht überhaupt keinen Sinn, eine doppelte Expertise aufzubauen“, konstatiert Broich. Er fordert einen routinemäßigen Trialog zwischen Herstellern, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und BfArM/PEI zu etablieren.

Prof. Dr. Karl Broich, Vizepräsident des BfArM © axentis.de, Lopata

Für eine stärkere Einbindung der Fachgesellschaften plädiert Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Sie könnten ihre Expertise bei der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und der Formulierung der Fragestellung einbringen.
Für Dr. Markus Frick vom Verband der forschen Pharma-Unternehmen (vfa) ist ein „Webfehler“ der frühen Nutzenbewertung, dass der G-BA kein „interessenloses Gremium“ sei, sondern dass seine Trägerorganisationen – Kassen und Ärzte – von niedrigen Arzneimittelpreisen profitierten. „Für eine neutrale Bewertung des medizinischen Nutzens ist dieses Gremium nicht geeignet“, betont er. Problematisch sei außerdem, die zweckmäßige Vergleichstherapie als Preisreferenz heranzuziehen. Dies setze systematisch Fehlanreize: „Investitionen in Indikationen, in denen länger kein Zusatznutzen stattgefunden hat und in denen ein generisches Preisniveau herrscht, machen wenig Sinn“, so Frick. <<<

Beim 17. Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin diskutierten rund 8.000 Besucher – Klinikmanager, Gesundheitsunternehmer, Wissenschaftler, Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Vertreter von Politik und Verbänden – Herausforderungen des Gesundheitswesens. © WISO, Schmidt-Dominé

> Wanka kündigt Aktionsplan Versorgungsforschung an

Berlin – Bundesforschungsministerin Prof. Dr. Johanna Wanka (CDU) hat in Berlin einen Aktionsplan für Versorgungsforschung angekündigt. Die Ministerin hofft, dass die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen – Krankenkassen, Wissenschaftler und Leistungserbringer – ihre Kooperationen weiter ausbauen und stärken.

„Wir brauchen eine leistungsstarke Versorgungsforschung“, betont Wanka anlässlich des 1. Forums Versorgungsforschung mit Routinedaten. Routinedaten seien Schätze der Krankenkassen, die „nicht adäquat genutzt oder gehoben“ werden. Die CDU-Politikerin weist darauf hin, dass in der Datentransparenzverordnung klar geregelt sei, wie die Routinedaten aller Kassen der Forschung zur Verfügung gestellt werden

Prof. Dr. Johanna Wanka (CDU), Bundesforschungsministerin © pag, Maybaum

könnten. Aus Sicht von Wanka steht die weitere finanzielle Förderung der Versorgungsforschung außer Frage. „Heute kennt man die große gesellschaftliche Relevanz dieses Gebietes“, erklärt sie. Die Förderpolitik der Regierung trage dem Rechnung.
Für die nahe Zukunft kündigt die Ministerin einen „Aktionsplan Versorgungsforschung“ an. Wann dieser konkret kommen soll, ist offen. Für den Aktionsplan sollen dem Vernehmen nach zusätzliche Gelder bereitstehen. Die konkrete Höhe der Mittel ist noch unklar. Mit dem Geld sollen wichtige Fragestellungen der Versorgungsforschung gefördert werden.

Richtig auswählen
Wanka macht deutlich, dass sie aber nicht nur Geld geben will, sondern auch konkrete Erwartungen an die Versorgungsforschung hat. Diese müsse erstens mehr Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem liefern. Zweitens soll sie Ergebnisse produzieren, die die Versorgung der Patienten verbessern und helfen, Sinnvolles von Überflüssigem zu unterscheiden. Drittens soll die Versorgungsforschung nicht nur den medizinischen, sondern auch den ökonomischen Aspekt beleuchten. „Wir müssen perspektivisch Gesundheitsversorgung und das Gesundheitssystem, was seine Finanzierbarkeit anbetrifft, im Blick behalten“, sagt Wanka.
Das unterstreicht auch der Versorgungsforscher Prof. Dr. Jean-François Chenot, Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. „Ich glaube, wir können es uns nicht leisten, diese Daten nicht zu nutzen, um zu gucken, ob das, was wir tun, für Patienten nützlich ist oder nicht – und ob wir in unserem Gesundheitssystem an der richtigen Stelle das Geld ausgeben“, sagt er. Chenot fordert daher, Datenschutzbedenken ernst zu nehmen, aber nicht zu übertreiben. Er appelliert an die Krankenkassen, „nicht so knauserig zu sein“ – und an die Politik, den Zugriff auf Daten zur öffentlichen Nutzung „ein bisschen nützlicher zu gestalten“. <<<

> Hess kritisiert „Wirrwarr“ bei der Bewertung von Innovationen

Berlin – Für den ambulanten und den stationären Bereich gibt es unterschiedliche Systematiken in der Bewertung von Innovationen. Auch existieren unterschiedliche Nutzendefinitionen. Dr. Rainer Hess ist auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) der Frage nachgegangen, wie dieser Wirrwarr aufgelöst werden kann.

Bisher gebe es eine streng nach Sektoren getrennte Nutzenbewertung von Innovationen, erläutert der frühere Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Im stationären Bereich gilt die Regelung „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“, im ambulanten umgekehrt das „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Das Problem sei, dass immer mehr Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden könnten. Dies führe dazu, dass Patienten manche Leistungen in der Klinik erhalten könnten, bei einem niedergelassenen Arzt jedoch nicht. „Das kann man keinem Patienten erklären“, betont Hess.

Erprobungsregel löst das Problem nicht
Auch der Paragraf 137e („Erprobungsregelung“) löst das Problem aus seiner Sicht nicht. Danach kann der G-BA, wenn er in einer neuen Methode das „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ sieht, eine Studie zur Nutzenbewertung in Auftrag geben. Kann dieser belegt werden, wird die Methode auch ambulant zugelassen – wenn nicht, wird sie sowohl ambulant als

Ist die Ärztin im Krankenhaus tätig, darf sie alles an Diagnostik und Therapie einsetzen, solange es nicht ausdrücklich verboten ist. In der Vertragsarztpraxis darf sie nur abrechnen, was im GKV-Leistungskatalog steht. © Barmer GEK

auch stationär ausgeschlossen. Der frühere G-BA-Vorsitzende fragt unter anderem nach der Motivation von Kliniken, an solchen Studien mitzuwirken – sie dürften die Leistungen ja ohnehin erbringen.
Problematisch sieht Hess auch eine Formulierung in der Verfahrensordnung des G-BA: Dort steht, dass eine Leistung, die kein Potenzial habe, dann ausgeschlossen werden dürfe, wenn sie „schädlich oder unwirksam sei". „Wenn gar kein Nutzenbeleg und auch kein Potenzial vorhanden ist, dann darf ich sie im Grundsatz nur ausschließen, wenn sie Schaden anrichtet", folgert Hess. Das sei eine andere Definition des Nutzens, im Grunde eine Neutralisierung des Nutzenbegriffs. Die Frage sei, ob man im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen Leistungen akzeptieren könne, für die es keinen belegten Nutzen gibt. Die Frage werde für Krankenhausleistungen und auch für Arzneimittel, wo es eine ähnliche Formulierung gebe, offenkundig anders gesehen als für die ambulante Versorgung.

Dr. Rainer Hess am 2. Juni 2014 auf dem GRPG-Symposium in Berlin. © pag, Maybaum

Welche Lösungen gibt es?
Hess nennt drei Möglichkeiten, das Wirrwarr aufzulösen: Zum einen könnten neue Leistungen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erprobt werden. Eine weitere Option wäre eine Testung im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die von Hess bevorzugte Lösung ist, neue Leistungen in Kompetenzzentren zu erproben. Hess denkt an eine begrenze Zahl von Zentren, die beispielsweise neue Verfahren und Innovationen in der Krebstherapie austesten und dafür auch eine gewisse Ausstattung erhalten. <<<

> LSG: Künstliche Befruchtung in der GKV nur ehelich

Berlin – Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat am 13. Juni entschieden, dass unverheiratete Paare nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen dürfen. Geklagt hatte die BKK-VBU gegen das Bundesversicherungsamt, das diese Satzungsleistung untersagt hatte.

Andrea Galle, Vorstandsvorsitzende der BKK-VBU © BKK-VBU

Die Vorstandsvorsitzende der Kasse, Andrea Galle, hat nach dem Urteil Revision angekündigt. Unterstützung erhält sie von Familienministerin Manuela Schwesig (SPD), die in einem Interview mit dem Tagesspiegel fordert, dass es für unverheiratete Paare einen Kassenzuschuss für Kinderwunschbehandlungen geben müsse. Sollte das Bundessozialgericht das LSG-Urteil bestätigen, wäre der Gesetzgeber gefragt. Das Medieninteresse war schon vor dem Urteil vom 13. Juni groß.

Galle: Regelung ist realitätsfern
Das Versorgungsstrukturgesetz habe den Krankenkassen mehr Spielraum bei der Gestaltung von Leistungsangeboten eingeräumt, auch bei der künstlichen Befruchtung, erläutert Andrea Galle vor der Presse. Die Kasse hatte daraufhin 2012 per Satzungsnachtrag beschlossen, den Zuschuss zur künstlichen Befruchtung von 50 auf 75 Prozent zu erhöhen sowie den Kreis der Anspruchsberechtigten auszuweiten. Es sollten nicht nur Paare unter 25 Jahren berücksichtigt werden, sondern auch Unverheiratete. Diesen Teil der Satzungsänderung lehnte das Bundesversicherungsamt (BVA) ab. Das BVA berufe sich auf eine Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit, so Beate Fischer, Leiterin der Rechtsabteilung der Kasse. Dort heiße es, dass „der Gesetzgeber im Hinblick auf die Regelung des § 27a SGB V davon ausgeht, dass die Ehe den Kindeswohlbelangen Rechnung trage".

© MAN AT MOUSE - Fotolia.com

„Tatsächlich heißt es im Gesetz, dass Personen eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch nehmen können, wenn sie miteinander verheiratet sind", sagt Galle. Das BVA sei deshalb im Dezember 2012

zu dem Schluss gekommen, den Kostenzuschuss für unverheiratete Paare nicht zu genehmigen. Galle hält die Regelung für „überkommen und realitätsfern“. Außerdem gebe es eine Betriebskrankenkasse in Baden-Württemberg, die anders als die BKK-VBU nicht unter Bundes-, sondern unter Landesaufsicht steht und die die Leistungen zur künstlichen Befruchtung auch Unverheirateten gewähren dürfe. „Darin sehen wir eine weitere Ungleichbehandlung“, meint Galle. <<<

> Anwerben von Pflegekräften – auf wessen Kosten?

Berlin – Um dem Fachkräftemangel im Pflegesektor hierzulande zu begegnen, werden momentan Möglichkeiten erprobt, international Personal über gesteuerte Migration zu gewinnen. Vor den Risiken für die oft fragilen Gesundheitssysteme der Herkunftsländer warnt Danuta Sacher, Vorsitzende von terre des hommes.

Ausschnitt aus dem Programm-Cover der Veranstaltung vom 15. Mai 2014. Veranstalter: Friedrich-Ebert-Stiftung, Terre des hommes und ver.di

„Der Pflegenotstand in Deutschland sollte nicht mit Strategien gelöst werden, die anderenorts einen Pflegenotstand auslösen“, sagt sie auf einer gemeinsamen Veranstaltung von terre des hommes, Friedrich-Ebert-Stiftung und ver.di in Berlin. Sie mahnt eine globale Perspektive an, das Problem des Fachkräftemangels sollte nicht aus „deutscher Bedarfsperspektive“ gelöst werden, so Sacher. Sie räumt allerdings auch ein, dass man momentan erst an der „Schwelle einer Entwicklung“ stehe.

Im vergangenen Jahr hat die Bundesregierung begonnen, um Pflegekräfte im Ausland zu werben. Terre des hommes zufolge bestehen momentan bilaterale Abkommen zur Anwerbung von Gesundheitspersonal mit folgenden Drittstaaten: Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien. Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) werbe derzeit auch in Vietnam, der Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit in China. Innerhalb der EU liegen die Schwerpunkte auf Griechenland, Italien, Portugal und Spanien, so Heino Güllemann von terre des hommes. Noch sei die Zahl der Gesundheitsfachkräfte, die unter bilateralen Verträgen aus Drittstaaten nach Deutschland kommen, sehr gering. „Es handelt sich dabei derzeit bei Vietnam, Philippinen und China um Zahlen zwischen 100 und 200.“ Güllemann betont jedoch, dass es sich derzeit um eine Pilotphase handele. Mit kleinen Zahlen würden Instrumente ausprobiert und verschiedene Organisationen versuchten, sich auf einem erwarteten großen Zukunftsmarkt gut zu positionieren. „Daher beziehen wir uns in unserer Kritik eher auf die Prognosen und erkennen an, dass die derzeitigen Zahlen aus Drittstaaten noch eher gering sind.“

Der WHO-Verhaltenskodex

Bei der Rekrutierung ausländischer Gesundheitsfachkräfte orientiert sich die Bundesregierung an einem Verhaltenskodex, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2010 verabschiedet hat. Der „Globale Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitskräften“ gibt vor, dass die Migration der Fachkräfte den Gesundheitssystemen beider Länder nutzen soll – dem Herkunfts- und dem Aufnahmeland. Er definiert Grundsätze für die bilaterale und internationale Zusammenarbeit. Allerdings wird der Kodex auch als widersprüchlich kritisiert: Er empfiehlt, auf die Rekrutierung in bestimmten Ländern zu verzichten, will aber auf das Recht der Fachkräfte auf internationale Mobilität nicht verzichten, schreiben die Wissenschaftler Dr. Steffen Angenendt, Dr. Michael Clemens und Meiko Merda in einem aktuellen Aufsatz. <<<

Weiterführender Link:

> Der Text der drei Autoren kann im Internet nachgelesen werden: www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf

> Krebshilfe: Register bringen „Quantensprung“ für Patienten

Berlin – „Es ist uns 2013 gelungen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen wissenschaftlicher Forschung und Versorgungsmaßnahmen herzustellen“, betont Hans-Peter Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, auf der Jahrespressekonferenz der Organisation. Insbesondere engagiert sie sich derzeit für den Aufbau klinischer Krebsregister in den Bundesländern.

Die Krebsregister sind Folge des vor einem Jahr in Kraft getretenen Krebsregistergesetzes. Hauptgeschäftsführer Gerd Nettekoven geht davon aus, dass diese Anfang bis Mitte 2015 laufen werden. Die nachhaltige und wirksame Qualitätskontrolle werde für die Patienten ein „Quantensprung“ sein. Denn bisher könne man nicht messen, ob beispielsweise Patienten in einem Krankenhaus besser als in einem anderen versorgt oder ob sie leitliniengerecht behandelt werden. Die Register bringen einen „Riesenbenefit“, so Nettekoven.
Insgesamt hat die Krebshilfe 2013 rund 92,1 Millionen Euro eingenommen, 45,3 Millionen Euro stammen aus Erbschaften und Vermächtnissen. „Mit den uns anvertrauten Spenden haben wir allein im vergangenen Jahr 136 neue Projekte bewilligt, um die Versorgung krebskranker Menschen weiter zu verbessern“, berichtet Krämer. Das Spektrum der Themen ist breit: ein Projekt befasst sich mit Therapien gegen Tumoren der Bauchspeicheldrüse, ein anderes mit der Behandlung von Magenkrebs. Ebenso gefördert wird eine klinische Studie der Uniklinik Rostock. Dort untersuchen Wissenschaftler, ob bei der Therapie von Brustkrebs das Entfernen angrenzender Lymphknoten im Rahmen einer brusterhaltenden Operation notwendig ist. Derzeit fördert die Krebshilfe 13 Onkologische Spitzenzentren, die sogenannten Comprehensive Cancer Centers, und engagiert sich für eine Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung mit dem Schwerpunkt Krebs-Selbsthilfe an der Universität Freiburg. Für den Förderungszeitraum 2013 bis 2018 werden für den Lehrstuhl insgesamt über eine Million Euro bereitgestellt.

© aboikis - Fotolia.com

In Deutschland erkranken jedes Jahr rund 500.000 Menschen neu an Krebs. Die Hälfte der Krebspatienten kann heute erfolgreich behandelt werden. „Das bedeutet aber auch, dass immer noch nicht allen krebskranken Menschen geholfen werden kann“, so Krämer. Daher werde die Arbeit der Deutschen Krebshilfe auch in Zukunft unverzichtbar sein. <<<

> „Patientensicherheit“ ist neues nationales Gesundheitsziel

Berlin – Unter der Leitung von Dr. Günther Jonitz, Mitbegründer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und Präsident der Berliner Ärztekammer, beginnt die Arbeitsgruppe Patientensicherheit des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de in Kürze mit der Zielformulierung. „Patientensicherheit“ wurde im Jahr 2013 als neues nationales Gesundheitsziel ausgewählt.

„In Europa gehört Deutschland zu den Vorreitern, was die Beschäftigung mit dem Thema Patientensicherheit betrifft“, sagt Jonitz anlässlich der Einsetzung der Arbeitsgruppe. Bereits jetzt arbeiteten Ärzte, Patientenverbände, Krankenkassen und Krankenhäuser intensiv zusammen. Die Auswahl eines nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit zeige deutlich, welche Bedeutung die Mitglieder des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de dem Thema beimessen.

Dr. Günther Jonitz, Mitbegründer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und Präsident der Berliner Ärztekammer © ÄK-Berlin

Hess erwartet anhaltende Sensibilisierung
„Wir haben nun die Möglichkeit, in einem strukturierten und partizipativen Dialog mit allen Akteuren Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland zu erarbeiten“, betont Dr. Rainer Hess, langjähriger Vorsitzender des Ausschusses von gesundheitsziele.de. Da alle Maßnahmen im Konsens verabschiedet würden, könne man sicher sein, dass sie von den Beteiligten mitgetragen und umgesetzt werden. „Wir erhoffen uns von diesem Prozess eine Verbesserung der Patientenversorgung und eine anhaltende Sensibilisierung für das Thema Patientensicherheit“, sagt Hess.

Nach Auskunft von gesundheitsziele.de werden die Strategien und Maßnahmen einvernehmlich von Vertretern der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung beschlossen. Dies sei ein wesentlicher Aspekt ihres Erfolges. <<<

> Der Kampf gegen Diabetes: Steuern und Aktionspläne

Berlin – Einen nationalen Diabetesplan sowie die Einführung einer Zucker-Fettsteuer auf ungesunde Lebensmittel fordern die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. „Wir müssen weg von der Projektitis hin zu Strukturlösungen“, sagt DDG-Geschäftsführer Dr. Dietrich Garlichs vor der Presse.

Garlichs zufolge sind bloße Appelle an die Bevölkerung, auf eine gesunde Ernährung zu achten, nachweislich gescheitert. Dagegen sei die Besteuerung ungesunder Lebensmittel geeignet, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fordern und zu erleichtern. Diese

Zucker-Steuer auf Marshmallows?

Steuer wäre ein Korrektiv für einen Markt, der inzwischen nicht nur viel individuelles Leid hervorrufe, sondern Gesundheitskosten in Milliardenhöhe produziere, glaubt der Experte.
Dr. Stefanie Gerlach, Leiterin Gesundheitspolitik bei diabetesDE, verlangt von der Bundesregierung, ein Präventionsgesetz und den „längst überfälligen“ nationalen Diabetesplan auf den Weg zu bringen. Rückenwind für letzteres gibt es vom Bundesrat: In der Sitzung vom 11. Juli haben die Länder dort mehrheitlich beschlossen, eine solchen Plan zu implementieren.

Diabetes und die Folgen
Einige Zahlen zu Diabetes: Diabetes mellitus ist mit sechs Millionen erkrankten Menschen und einer Dunkelziffer von circa zwei Millionen eine der häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen Deutschlands. Jeden Tag erkranken mehr als 700 Menschen neu daran. Unter ihnen ist eine große Anzahl von Kindern und Jugendlichen. Bei den über 70-Jährigen ist fast jeder Dritte betroffen. Die Zahl der Diabeteserkrankungen ist hierzulande allein von 1998 bis 2011 um 38 Prozent auf über sechs Millionen gestiegen – jährlich gehören 40.000 Amputationen, 2.000 Erblindungen und 2.300 neu Dialysepflichtige zu den Folgen der epidemischen Stoffwechselerkrankung. DDG und diabetesDE erinnern daran, dass sich Deutschland angesichts dieser dramatischen Zahlen verpflichtet hat, die vorzeitige Sterblichkeit

Dr. Dietrich Garlichs, DDG-Geschäftsführer © DDG

durch nichtübertragbare Krankheiten bis 2025 um 25 Prozent zu senken sowie die Zunahme von Adipositas und Diabetes zu stoppen: 2011 unterzeichnete die Bundesrepublik die politische Deklaration des UN-Gipfels zu nichtübertragbaren Krankheiten und stimmte ein Jahr später dem Globalen Monitoringplan der Weltgesundheitsorganisation zu. Im Juli dieses Jahres fand in New York im Rahmen der UN-Generalversammlung erneut ein Gipfel zu nichtübertragbaren Krankheiten statt. Im Unterschied zu diabetesDE und der DDG nahm die Bundesregierung an der Konferenz nicht teil. Das Fazit der beiden Organisationen lautet: Deutschland liegt bei der Prävention von Übergewicht, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs und Diabetes deutlich hinter den internationalen Entwicklungen zurück. <<<

> Glossar

Aus dem Wortschatz der Experten

EU-Verordnung zu klinischen Prüfungen

Der europäische Ministerrat hat im Frühjahr eine neue Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln abgesegnet. Damit wird die bisher für klinische Prüfungen geltende EU-Richtlinie durch die neue und in allen EU-Mitgliedstaaten unmittelbar geltende Verordnung abgelöst. Sie soll voraussichtlich ab 2016 Anwendung finden. Die neuen Regelungen harmonisieren die Bedingungen für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln in der Europäischen Union. Darüber hinaus soll die Verordnung für mehr Transparenz bei Studienergebnissen sorgen: Unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorschriften werden insbesondere für Laien verständliche Zusammenfassungen der Ergebnisse klinischer Prüfungen veröffentlicht. Das Bundesministerium für Gesundheit weist darauf hin, dass das jetzige deutsche Schutzniveau für Prüfungsteilnehmer auch nach Inkrafttreten der neuen Verordnung beibehalten werden könne. Ethik-Kommissionen seien ausdrücklich verankert.

Klinische Studien

Arzneimittel, Medizinprodukte oder medizinische Behandlungsformen werden in so genannten klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit überprüft. Die Studien werden mit gesunden Probanden oder Patienten durchgeführt. Ihr Ziel ist es, wissenschaftliche Fragestellungen zu beantworten und die medizinische Behandlung zu verbessern. Klinische Studien müssen von den zuständigen Behörden und einer Ethikkommission genehmigt werden. Grundsätzlich wird in drei Phasen unterteilt: Phase I (Erprobung mit wenigen Gesunden), Phase II (Erprobung mit wenigen Kranken) und Phase III (Erprobung mit vielen Kranken). Bei guten Ergebnissen kann danach die Zulassung des Produktes beantragt werden.

Mitochondrien

Mitochondrien sind Zellbestandteile, die aus parasitischen Bakterien hervorgegangen sind, inzwischen aber die lebenserhaltende Energie der Zellen liefern. Mitochondrien haben ihr eigenes Erbgut (mitochondriale DNA). Eine von etwa 200 Personen trägt eine mitochondriale Mutation, die Krankheiten auslösen kann; eine von 5.000 bis 10.000 Personen erkrankt, leichte Symptome bis hin zum tödlichen Ausgang.
Quelle: Vortrag von Dr. Klaus Reinhardt, Eberhard Karls Universität Tübingen, auf der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates am 22. Mai 2014

Monistische Finanzierung

Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen teilen sich die Krankenhausfinanzierung: Die Investitionskosten werden im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten. Bei der monistischen Krankenhausfinanzierung handelt es sich um ein System, bei dem die Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung für laufende Betriebskosten und Investitionskosten in der Hand der Krankenkassen als alleinigen Finanzierungsträgern gebündelt werden.
Quelle: AOK Bundesverband

Social Freezing

Langfristiges Einfrieren eigener Eizellen im jungen Alter, um sie Jahre später für eine Schwangerschaft nutzen zu können.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

Der SVR hat die Aufgabe, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zu erstellen und in diesem Rahmen

- die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
- Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen, sowie
- Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Am 23. Juni 2014 hat der Sachverständigenrat sein neues Gutachten an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe übergeben.
Quelle: www.svr-gesundheit.de

<<<

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte

Ausgabe 27
August 2014

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

Immer mehr Veranstaltungen widmen sich diesem Thema. In unserem vierteljährlich erscheinenden Newsletter berichten wir ausführlich über die wichtigsten Termine. Der Infobrief enthält dazu außerdem Berichte und Meldungen.

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.

twitter Aktuelle Nachrichten erhalten Sie tagesaktuell sofort nach dem Erscheinen über den Twitter Kanal. Folgen Sie uns auf **http://twitter.com/#!/GG_Portal** <<<

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+20: 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: evgenyatamanenko - Fotolia.com; Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen • Seite 3: Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen (3) • Seite 4: Deutscher Ethikrat, Reiner Zensen • Seite 5: BMG, Schinkel • Seite 6: PAG, Maybaum; Barabas Attila - Fotolia.com • Seite 7: PAG, Maybaum (2) • Seite 8: Techniker Krankenkasse; PAG, Maybaum • Seite 9: PAG, Maybaum, Deutscher Ethikrat; BVMed-Bilderpool • Seite 10: Sächsische Landesärztekammer • Seite 11: AOK-Medienendienst • Seite 13: axentis.de, Lopata; WISO, Schmidt-Dominé • Seite 14: PAG, Maybaum; Barmer GEK • Seite 15: PAG, Maybaum; BKK-VBU; Man at mouse - Fotolia.com • Seite 16: Friedrich-Ebert-Stiftung, Terre des hommes und ver.di • Seite 17: aboikis - Fotolia.com, Ärztekammer Berlin • Seite 18: gitusik - Fotolia.com; DDG