

Mangel im Gesundheitswesen



© iStock.com, RapidEye

Ethikberatung

Warum es ambulant noch
nicht rund läuft

Endpunkte 2.0

Ein altes Streitthema
entwickelt sich weiter

Sterbehilfe

Neue Impulse für eine
verfahrenre Debatte



Unterversorgung für alle



Auf harte Wochen der Knappheit hat Jens Spahn die Bevölkerung eingeschworen. Unterversorgung erleben jetzt nicht nur vereinzelte Patientengruppen, sondern alle, die auf den Corona-Impfstoff warten. Eine offene Priorisierungskultur gab es hierzulande in der Gesundheitsversorgung bisher nicht, stattdessen das politische Glaubensbekenntnis, dass alles für alle reicht. Jetzt reicht der Impfstoff nicht. Diese kollektive Mangel Erfahrung könnte die Wahrnehmung des Gesundheitssystems nachhaltig verändern.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin

Inhalt

Im Fokus

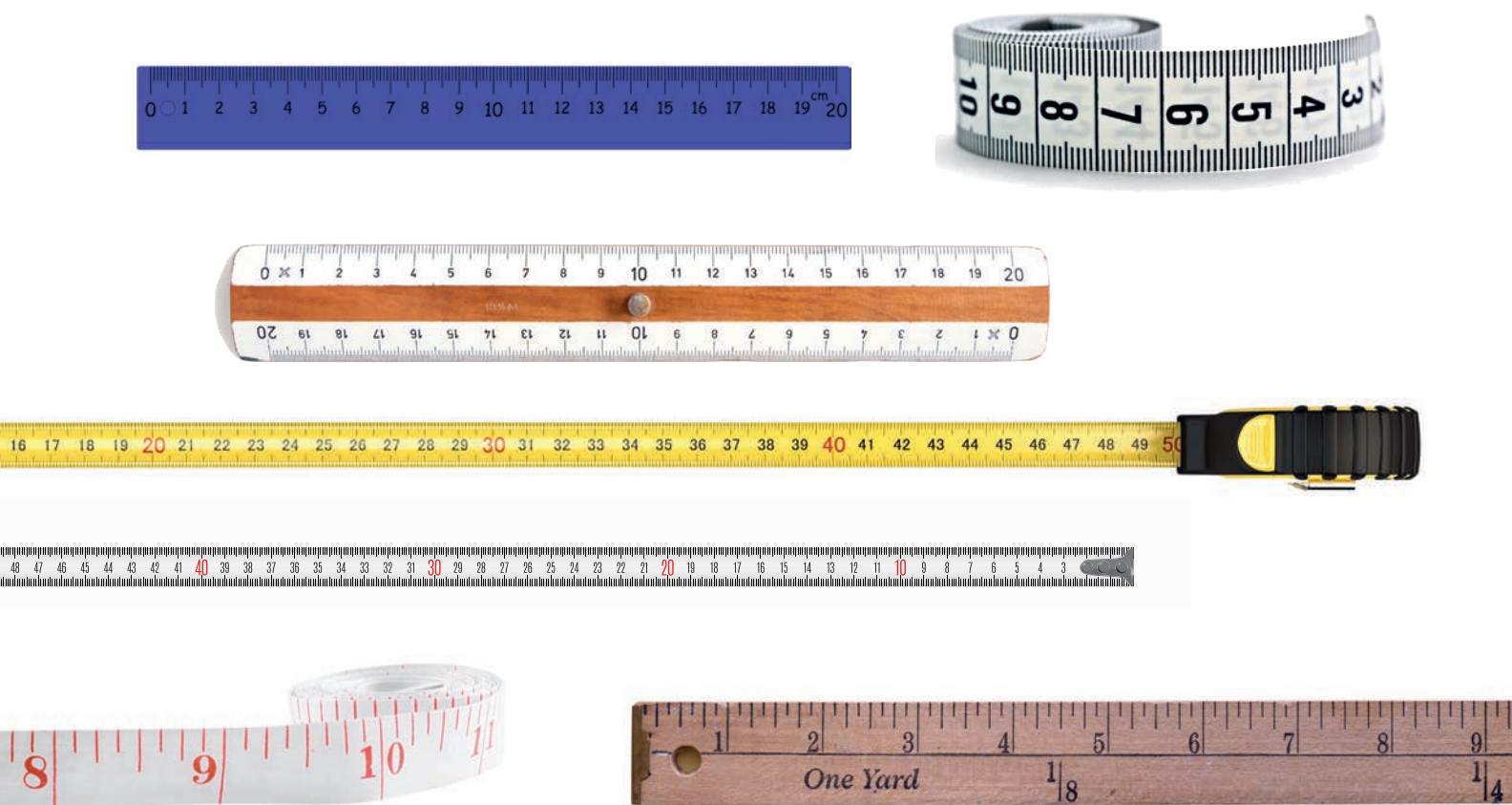
- 4 **Was zählt wirklich?**
Bei der Debatte um Endpunkte tut sich etwas
- 6 **Luft nach oben**
Bei der ambulanten Ethikberatung liegt einiges im Argen
- 10 **Mangel im Gesundheitswesen**
Die Pandemie zwingt zur offenen Priorisierung
- 14 **Richtungspapier mit Reformideen**
Experten plädieren für längere Praxisöffnungszeiten und weniger DRGs

Im Gespräch

- 16 **„Priorisierung muss öffentlich diskutiert werden“**
Prof. Birnbacher über Triage, Verteilungskriterien und Intransparenz
- 18 **„... bloß nicht das Wort Triage in den Mund nehmen“**
Dr. Tobias Witte zu gerechter Ressourcenallokation

In Kürze

- 20 **EU-HTA: Wie es weitergeht**
- 21 **Gesetzgebung im Gesundheitsnotstand**
- 22 **Gesundheitsdaten: Auf der Suche nach einem Verhaltenskodex**
- 23 **Genderaspekte noch immer unterbelichtet**
- 24 **Organspenden in der Pandemie**
- 24 **Digitalisiertes Leitlinienwissen**
- 25 **Sterbehilfe: Neue Initiativen und Kontroversen**
- 26 **Der zweite Patient**



Was zählt wirklich?

Bei der Debatte um Endpunkte tut sich etwas

- **Berlin (pag) – Endpunkte haben beim mittlerweile zehn Jahre alten AMNOG-Prozess seit Beginn für Reibereien gesorgt – und werden es wohl auch weiterhin. Oder ändern die sogenannten Endpunkte 2.0 in der Onkologie etwas daran?**

Dass über Endpunkte häufig gestritten wird, kommt nicht von ungefähr, denn HTA-Institutionen haben darauf eine andere Sicht als Zulassungsbehörden oder auch Ärzte und Patienten in einer individuellen Behandlungssituation. Während bei der Zulassung auf Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit geschaut wird, wägt der G-BA Nutzen und Zweckmäßigkeit unter Berücksichtigung einer besseren Versorgungsqualität ab. Die Folge: Was für Zulassungsbehörden oder Ärzte ein sinnvoller Endpunkt sein kann, gilt für den G-BA nicht notwendigerweise als patientenrelevant.

Konkreten Verbesserungsbedarf hat kürzlich der medizinische Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) beim Fachsymposium Onkologie Ende vergangenen Jahres angemeldet. Prof. Bernhard Wörmann sagt dort: „Ich

glaube, dass noch mehr als bisher die Reduktion von Nebenwirkungen bei gleicher Wirksamkeit ein valider Endpunkt sein muss“ – gerade wenn es zunehmend in derselben Substanzklasse bis zu sechs Präparate gebe, die etwa gleich wirksam seien.

Wo sich die Zulassungsbehörden bewegen

Parallel zu den Auseinandersetzungen über bereits etablierte Endpunkte hat eine Diskussion über eine neue Generation von Endpunkten begonnen. Bei dem Symposium betont der Direktor des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Prof. Karl Broich: „Wir bewegen uns als Zulassungsbehörde bei den Endpunkten in der Onkologie sehr stark.“ Neben dem Gesamtüberleben, dem härtesten Endpunkt, der am liebsten gesehen werde, und dem

progressionsfreien Überleben, das schon lange als Alternative bekannt sei, stellt er weitere Endpunkte vor. So etwa das eventfreie Überleben (Event-free Survival, EFS) im kurativen Setting, hierzu gebe es viele Erfahrungen mit der akuten myeloischen Leukämie. Ähnliches gelte für das krankheitsfreie Überleben (Disease-free Survival, DFS) im adjuvanten Setting, bezogen beispielsweise auf Brustkrebs oder Kolorektalkarzinom. Ferner entwickelten sich die Regulatoren bei vielen Blutkrebserkrankungen weiter, bei denen die minimale Resterkrankung (Minimal Residual Disease, MRD) angesehen werde. Auch das metastasenfrem Überleben (Metastase Free Survival, MFS) sei beim Prostatakarzinom ein anerkannter Endpunkt. Anders sieht es Broich zufolge bei der Objective Response Rate aus. Bei einigen Verfahren sei diese anerkannt, bei anderen abschlägig beurteilt worden.

In puncto Biomarker stehe man noch ganz am Anfang, meint der BfArM-Präsident weiter, auf diesem Gebiet sei noch viel Entwicklungsarbeit nötig. Er prophezeit, dass die Digitalisierungsentwicklung und die größeren Datenmengen, die mittlerweile bearbeitet werden könnten, die regulatorische Welt „dramatisch“ verändern werden.

„Davon geht die Welt nicht unter“

Die Sichtweise des G-BA auf Endpunkte 2.0 stellt auf dem Onkologie-Symposium Dr. Uwe Vosgerau vor. Er leitet das Team Onkologie der Arzneimittelabteilung des Ausschusses. Vosgerau stellt klar: „Wenn wir bei der Zulassung und der Nutzenbewertung immer öfter mit frühen Datenschnitten aus noch laufenden Studien konfrontiert sind, dann gewinnen Endpunkte wie rezidivfreies oder krankheitsfreies Überleben, ereignisfreies Überleben, das metastasenfrem Überleben oder auch die Zeit bis zur ersten Folgetherapie eine zunehmende Bedeutung.“

Bewegung beim Thema Endpunkte deutet auch der unparteiische Vorsitzende des Gremiums, Prof. Josef Hecken, in einem Interview mit der Presseagentur Gesundheit an. „Möglicherweise könnte die Verlangsamung des Krankheitsverlaufs, des Progresses, oder ein kombinierter Endpunkt, der Progress und Lebensqualität betrachtet, doch patientenrelevant sein – auch wenn sich dieser Parameter in zehn Prozent der Fälle nicht in ein verlängertes Gesamtüberleben übersetzt“, sagt er. Dabei denkt Hecken auch die europäische HTA-Perspektive mit, denn wenn gewisse Endpunkte vom NICE, von den Franzosen und auch den Italienern anerkannt würden, aber in der deutschen Methodik nicht vorgesehen seien, „dann sollte man sich darüber zumindest Gedanken machen“. Der Jurist weist darauf hin, dass der Kompromissvorschlag, den die Bundesregierung eingebracht habe, die Harmonisierung der Endpunkte und deren Wertigkeit bei den europäischen HTAs als wichtiges Kriterium ansehe. Kurzum: „Wenn wir Progress als Endpunkt anerkennen, geht die Welt davon auch nicht unter.“

Keine Katzentische mehr

Auch bei der Beteiligung von betroffenen Patienten tut sich offenbar etwas, zum Beispiel bei der Konzeption klinischer Studien. Der Patientenaktivistin Eva Schumacher-Wulf zufolge wird dabei die Expertise von Betroffenen mehr und mehr gefragt – gleichwohl gebe es aber noch viel Luft nach oben. Als konkrete Verbesserungsvorschläge nennt die Chefredakteurin des Brustkrebsmagazins „Mamma Mia!“ unter anderem: Patientenvertreter sollten von Anfang an in der Konzeptionsphase eingebunden werden. Außerdem seien die Experten in eigener Sache an interdisziplinären Beratungsgremien zu beteiligen, anstatt sie separat tagen zu lassen. „Die Zeit der Katzentische und Feigenblattfunktionen sollte der Vergangenheit angehören.“



Scurrile Bögen zur Lebensqualität

Eine weitere Baustelle sind die Lebensqualitätsdaten. Schumacher-Wulf begrüßt, dass diese zunehmend erhoben und bei der Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt werden. Allerdings ließen die verwendeten Tools zu wünschen übrig. Auch spiegelten die Fragebögen häufig nicht die Lebenswirklichkeit der Patienten wider. Ein anschauliches Beispiel dafür liefert die Charité-Ärztin Prof. Diana Lüftner. „Es macht nicht sehr viel Sinn, einer 78-jährigen Frau, die verwitwet ist, 20 Fragen zur Sexualität zu stellen. Das füllt sie nicht aus.“ Solche Drop-Outs könnten den ganzen Fragebogen nicht mehr auswertbar machen, erläutert sie auf einer Veranstaltung im Jahr 2019. An der mangelnden Aktualität der Bögen hat sich auch aktuell nichts geändert. Nach wie vor seien sie wirklich skurril, sagt Lüftner in einem Interview mit der Presseagentur Gesundheit Ende 2020. „Dass sie uns von den Patienten nicht wie ein nasser Lappen um die Ohren geschlagen werden, ist nur dem Umstand geschuldet, dass sie geduldig mit uns sind, es uns nicht nachtragen.“ Die Bögen seien größtenteils 20 bis 30 Jahre alt. Sie zu aktualisieren sei eine Mammutaufgabe – noch dazu eine, mit der man in der Forschung keine großen Meriten gewinnt, meint Lüftner, denn: „Von der Community wird diese Forschung nicht höchstwertig angesehen.“ ●



Luft nach oben

Bei der ambulanten Ethikberatung liegt einiges im Argen

- **Berlin (pag) – Während die Ethikberatung in Kliniken längst etabliert ist, tut man sich außerhalb dieser Mauern bislang schwer damit. Die Gründe: Fehlende Mittel und Bekanntheit, aber auch Berührungängste spielen eine Rolle.**

Bereits 2008 beschloss der Deutsche Ärztetag, dass professionelle Ethikberatungen auch im ambulanten Bereich etabliert werden sollen. Die Zahl der Beratungsprojekte ist seitdem von Jahr zu Jahr angewachsen – von unter zehn auf 57, Tendenz weiter steigend, so die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ein wichtiger Grund für diese Entwicklung: „Die komplexe Versorgung von schwerkranken Menschen erfolgt zunehmend im außerklinischen Bereich.“ Das schreibt die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer Anfang 2020 in ihrer Stellungnahme zum Thema ambulante Ethikberatung. In dem Maße, in dem sich das

Versorgungsprofil verändert, steige auch der Unterstützungsbedarf im außerklinischen Bereich. Fragen, die künstliche Ernährung, eine Therapiebegrenzung oder -zieländerung betreffen, sind nicht mehr länger nur Gegenstand von Besprechungen in Krankenhäusern. Auch Pflegeheime, ambulante Dienste und niedergelassene Ärzte sehen sich mit ihnen konfrontiert. Eine Untersuchung von Wissenschaftlern der Universitätsmedizin Göttingen und der Universität Würzburg aus dem Jahr 2018 bestätigt diesen Eindruck. Sie zeigt, dass Hausärzte in ihren Praxen regelmäßig mit einer großen Bandbreite ethischer Konflikte in Berührung kommen.

„Reichlich Probleme“

Bedarf besteht, die Zahl der außerklinischen Ethikberatungen steigt und dennoch konstatiert PD Dr. Carola Seifart mit Blick auf den aktuellen Stand der Implementierung: „Es gibt reichlich Probleme.“ Die Ärztin und Bioethikerin weist unter anderem darauf hin, dass eine einheitliche Qualität nicht gewährleistet sei. Seifart ist Expertin für ambulante Ethikberatung bei der Akademie für Ethik in der Medizin und Mitentwicklerin eines Curriculums für ambulante Ethikberatung in Hessen, auf dessen Grundlage sich Ethikberater zertifizieren lassen können. Diese Zertifizierung ist allerdings, genau wie andere Curricula in dem Bereich, freiwillig. Ethikberater dürfen sich also auch jene nennen, die über keine Zertifizierung oder vergleichbare Qualifikationen verfügen. Aus Sicht von Seifart birgt das Gefahren, denn: „Unqualifizierte Ethikberatung sorgt dafür, dass Ethikberatung an Boden verliert.“ In ihrer Stellungnahme definiert die ZEKO Gütekriterien für die ambulante Ethikberatung. Neben einer angemessenen Qualifikation der Berater spricht sich die Kommission für die persönliche Einbeziehung der Patienten sowie eine multiprofessionelle Ausrichtung der Beratung aus. Außerdem solle die Entscheidungsunterstützung aus allen Bereichen des Versorgungssystems angefragt werden können – also ausdrücklich nicht nur von Ärzten. Nicht zuletzt benötige die Ethikberatung eine angemessene Finanzierung.

Wacklige Finanzierung

Wie Letzteres gelingen kann, ist nach Ansicht der ZEKO allerdings noch eine „offene Frage“. Viele Träger

von Beratungsprojekten – meist regionale Palliativnetzwerke, Vereine oder Landes- und Bezirksärztekammern – verfügen über geringe finanzielle Mittel. „Nur etwa ein Viertel der Berater erhält eine Aufwandsentschädigung oder gar ein Honorar“, schreibt Seifart in einem Beitrag für das Hessische Ärzteblatt. Das habe eine Umfrage der AEM im Vorfeld einer Tagung ergeben, bei der im Jahr 2019 Ethikberater aus ganz Deutschland zusammenkamen. Die ZEKO fordert eine völlig neue Finanzierungsgrundlage. „Aktuelle und lokale finanzielle Unterstützung durch Vereine oder Spenden sind zwar eine wichtige Hilfe, sie können jedoch eine auf Dauer angelegte, qualitätsgesicherte außerklinische Ethikberatung nicht gewährleisten“, heißt es in der Stellungnahme.

Bei den Menschen ankommen

Unzureichende finanzielle Mittel beeinträchtigen auch das Beratungsprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf in Mittelhessen, berichtet Kornelia Götze, die Projektleiterin der dort seit 2016 tätigen Regionalgruppe des Vereins Ambulante Ethikberatung in Hessen. Sie und ihre acht Mitstreiter sind ehrenamtlich engagiert. „Es bleibt also sehr wenig Zeit, um die Ethikberatung so zu etablieren, wie wir uns das wünschen würden, damit sie bei den Menschen ankommt“, sagt Götze, die am Universitätsklinikum Düsseldorf zu „Advance Care Planning“ forscht. Um die Ethikberatung zu etablieren wäre vor allem mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig, erklärt sie.

Die mangelnde öffentliche Präsenz gilt als einer der Hauptgründe dafür, dass die Ethikberatung vielerorts



bislang wenig in Anspruch genommen wird. So auch in Marburg-Biedenkopf. Im Schnitt falle innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten gerade mal eine Fallberatung an, berichtet Götze. Hinzu kämen einige telefonische Anfragen. „Ich empfinde das als sehr wenig, weil ich in meinem Arbeitsalltag sehr viel mehr Bedarf bei Pflegenden und Angehörigen sehe“, sagt Götze. Zumal die Rückmeldungen nach einer Beratung in der Regel positiv seien. „Die Menschen, zu denen wir gehen, sind immer sehr dankbar dafür.“ Allerdings: „Man muss sie immer erst auf die Idee bringen.“

Berührungängste

Eine weitere Hürde ist die Logistik, erläutert Carola Seifart. Anders als im Krankenhaus, wo alle an einer Behandlung Beteiligten unter einem Dach zusammenarbeiten, gibt es im ambulanten Bereich weniger geregelten Austausch zwischen den einzelnen Akteuren. Die Wege sind weiter, die Vernetzung schlechter. Der Aufwand, Patienten, Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer und Angehörige zeitgleich zu einer Beratung zusammenzubringen, ist immens. Hinzu kommen laut Seifart Berührungängste bei einigen Beteiligten. Götze bestätigt diesen Befund. Bei manchen Ärzten und Betreuern würde die Ethikberatung Bedenken hervorrufen, dass ihnen etwas weggenommen würde. „Wir legen ja in einer Beratung das komplette Geschehen auf den Tisch“, erläutert sie. „Denn nur so kann man eine gute Entscheidung treffen.“ Dass man bei ethischen Fragen Hilfe von externen Beratern in Anspruch nehmen kann, sei für viele generell etwas Neues. „Die meisten Menschen arbeiten lange in die-

sem Feld und sind es gewöhnt, die Aufgaben selbst zu lösen, gerade die etablierten Hausärzte und Hausärztinnen“, so Götze.

Neue Perspektiven

Möglicherweise könnte ein niedrigschwelligeres Angebot die ambulante Ethikberatung attraktiver machen. Das unterstreicht die Untersuchung der erwähnten Göttinger und Würzburger Wissenschaftler. Sie befragten Hausärzte nicht nur zur Häufigkeit ethischer Konflikte, sondern auch zu ihren Wünschen an eine ambulante Ethikberatung. Eine Beratung in herkömmlicher Form wünschten sich nur rund 30 Prozent der Befragten. Demgegenüber konnten sich mehr als 80 Prozent für eine Ethikberatung per Telefon begeistern. Zeit- und Organisationsaufwand schrecken Interessierte offenbar ab. Auch die ZEKO plädiert dafür, ungenutzte Potenziale abseits der Präsenzformate zu nutzen: Video- und Telekonferenzen ermöglichten es, „Ethikberatung über weite räumliche Distanzen sowie in dünn besiedelten ländlichen Gebieten ohne Zeitverlust anzubieten.“

In Marburg-Biedenkopf kündigen sich bereits Veränderungen in diese Richtung an: Die telefonische Beratung will Kornelia Götze mit ihrem Team ausbauen, allerdings nur für weniger zeitintensive Einzelberatungen. Videokonferenzen für größere Runden werden ebenfalls diskutiert, tangieren jedoch einen sensiblen Bereich: „Das Problem für mich ist, dass Ethikberatungen häufig emotional sind, wenn es um Leben und Tod geht“, sagt Götze. „Und genau dieser Aspekt kann dabei verloren gehen.“ ●



„Viel Aufwand, aber noch wenig Ertrag“

Ethikberaterin Kornelia Götze spricht im Interview über bestehende Probleme und ungenutzte Potenziale der ambulanten Ethikberatung.

Frau Götze, warum braucht es Ethikberatung im ambulanten Bereich?

Götze: Weil es in diesem Bereich kaum Strukturen gibt, die die Player im Alltag zusammenbringen. Ärzte und Pflege sind häufig auf sich allein gestellt. Im Krankenhaus gibt es Visiten, Kollegen treffen sich auf dem Flur. Im ambulanten Bereich ist das deutlich schwieriger zu organisieren. Hinzu kommt, dass mit der Intensivpflege, der 24-Stunden-Versorgung und Beatmung zu Hause ein ganzer Bereich ausgelagert wurde.

Wer fragt die Beratung an?

Götze: Das ist bunt gemischt: Es sind sowohl Angehörige und Patientinnen als auch Pflegende oder Ärzte. Auch Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben sich an uns gewendet. Bei den Anfragen, die uns erreichen, wird aber nicht immer eine Ethikberatung benötigt. Manche wollen sich einfach über ihren Arzt beschweren. Dafür sind wir nicht die richtige Stelle. Ebenso wenn es Versorgungsprobleme gibt, weil jemand schwer krank ist. Es ist gar nicht so häufig, dass am Ende tatsächlich eine ethische Fragestellung überbleibt. Im Schnitt finden 0,5 Fallberatungen im Monat statt, also sechs im Jahr.

Könnte eine bessere finanzielle Ausstattung die Inanspruchnahme erhöhen?

Götze: Ich würde mir wünschen, dass die Stunden, die wir reinstecken, um die Ethikberatung durchzuführen, auch vergütet werden. Denn das ist eine hochprofessionelle Arbeit. Ich glaube, dass sich mit mehr Ressourcen die Probleme, die wir haben, tatsächlich lösen ließen, dass also die Inanspruchnahme steigen würde, weil es den Leuten einfach präsenter wäre.

Was tun Sie bisher, um Ihr Angebot bekannt zu machen?

Götze: Wir sind zum Beispiel bei unserer Gesundheitskonferenz im Landkreis und den Betreuern und Betreuerinnen am Gesundheitsamt präsent. Bei der Gesundheitskonferenz sind Vereine, Pflegedienste, Palliativteams und viele weitere Akteure, man kann Kontakte knüpfen. Außerdem haben wir sehr viele Flyer gedruckt und gerade im Rahmen von Covid-19 noch einmal an alle Pflegeeinrichtungen verteilt.



ZUR PERSON

Kornelia Götze ist ehrenamtliche Leiterin der Regionalgruppe Marburg-Biedenkopf des Vereins Ambulante Ethikberatung in Hessen. In ihrem Hauptjob forscht die Allgemeinmedizinerin an der Universität Düsseldorf zum Thema „Advance Care Planning“.



Mangel im Gesundheitswesen

Die Pandemie zwingt zur offenen Priorisierung

- **Berlin (pag) – Corona verlangt Menschen überall auf der Welt ab, sich mit vorher zum Teil undenkbaren Umständen zu arrangieren. Für die meisten Deutschen dürfte dazu auch gehören: mit Mangel in einem Gesundheitswesen konfrontiert zu sein, das sich selbst stets als „das Beste der Welt“ preist.**

Einen richtig dramatischen, bitteren Mangel kennen hierzulande bislang vor allem jene rund 9.000 Menschen, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen. Die Rationierung der Nieren, Herzen, Lungen etc. erfolgt nach etablierten Kriterien, die nicht hinterfragt werden. Erfreulich ist nebenbei bemerkt, dass hierzulande offenbar die Zahl der Organspender in 2020 trotz Pandemie stabil geblieben ist.

Das Thema Mangel schleicht sich darüber hinaus in dieser Legislatur zunehmend als Dauerzustand in Form von Liefer- beziehungsweise Versorgungsengpässen von Arzneimitteln ein. Durch Corona gestörte Lieferketten verstärken die Problematik. Gegenmaßnahmen, deren Wirksamkeit sich noch beweisen muss, hat die Große Koalition mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz ergriffen. Arznei als Mangelware hat es zwar in die eine oder andere Schlagzeile geschafft, verharrt aber in den Publikumsmedien weiter als Nischenthema.

Das Tabu-Wort: Triage

Bei Corona hingegen geht es von Anfang an um Knappheit: Zuerst wurde um Beatmungsgeräte gebangt. Derzeit wird die Kapazität an Intensivbetten ängstlich beobachtet, wobei die entscheidendere Frage uns zur nächsten Ressourcenknappheit führt: ausreichend Fachpersonal, um die Patienten adäquat zu versorgen. Der Begriff Triage wird dabei ängstlich vermieden. Dabei weisen Experten wie der Medizinrechtsanwalt Dr. Tobias Witte darauf hin, dass in manchen Krankenhäusern bereits „Triage-ähnliche Entscheidungen getroffen“ werden müssen – allerdings vermeide es die Geschäftsführung, das Wort „Triage“ in den Mund zu nehmen. Die im Frühjahr formulierten Empfehlungen von Fachgesellschaften für jene Ärzte, die im schlimmsten Fall darüber entscheiden müssen, welcher Patient eine Behandlung erhält und welcher nicht, reichen nach Ansicht des Juristen nicht aus. „Je genauer ausgestaltet und je stärker demokratisch fundiert hier also die Vorgaben werden – was nur über eine gesetzliche Grundlage geschehen kann –, desto stärker entlastet man auch die Ärzte“, argumentiert er im Interview (*lesen Sie dazu Seite 18*).

Wer fühlt sich benachteiligt?

Neben den Krankenhäusern, die mit ihren Ressourcen teilweise gefährlich nah am Limit sind, sorgt derzeit insbesondere der Mangel an Impfstoff für täglich neue

Schlagzeilen. Lässt man das politische Schwarze-Peter-Spiel beiseite, so bleibt im Kern die Notwendigkeit und Herausforderung, eine Rangfolge festzulegen – zu priorisieren. Im Unterschied zur Organspende sind davon allerdings nicht einige Tausend Patienten, sondern alle Menschen betroffen. Der Mangel ist für alle spürbar. Eine transparente Priorisierungskultur in der Gesundheitsversorgung gibt es hierzulande nicht, stattdessen das politische Glaubensbekenntnis, dass alles für alle reicht. Jetzt reicht der Impfstoff jedoch definitiv erst einmal nicht. Was die konkrete Priorisierung betrifft, fühlen sich derzeit vor allem zwei Gruppen benachteiligt: Vertragsärzte sowie Menschen mit Behinderungen. Inklusionsaktivist Raul Krauthausen kritisiert etwa, dass diese oder chronisch Kranke, die nicht in einer Einrichtung, sondern zu Hause leben, vergessen worden seien. Als riskant kritisiert etwa der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, dass Niedergelassene in der Impfverordnung nicht mit der höchsten Priorität eingestuft worden sind. Ähnliches monieren etwa die ambulanten Operateure.

Zuteilung von Lebenschancen

Mehrere Juristen haben dagegen mit der Verordnung an sich Probleme. Ihre Kritik lautet: Die durch eine Verordnung festgelegte Corona-Impfpriorisierung hätte eigentlich ein Gesetz sein müssen. Medizinrechts-



Inklusionsaktivist Raul Krauthausen meldet bei der Impfpriorisierung Verbesserungsbedarf an.



Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, will dass Vertragsärzte in der Priorisierung aufrücken.

anwalt Witte, der zu „Recht und Gerechtigkeit im Pandemiefall“ promoviert hat, vermisst eine parlamentarische Debatte über die Zuteilung und die Verabschiedung eines Bundesgesetzes zur Impfkampagne und Impfstoffzuteilung. Ähnlich klingt es kürzlich bei einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Dort stellt der Rechtswissenschaftler Prof. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg, klar: Die grundsätzliche Frage nach einer Impfpriorisierung sei Aufgabe des Gesetzgebers, denn „es geht um die Zuteilung von Lebenschancen. In den nächsten Monaten werden Menschen nur deshalb sterben, weil für sie noch kein Impfstoff zur Verfügung stand“. Juristin Dr. Andrea Kießling, Ruhr-Universität Bochum, hält die Verordnung aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für verfassungswidrig. „Das führt dazu, dass Einzelne natürlich klagen können“, sagt sie bei der Anhörung. Prof. Anna Leisner-Egensperger, ebenfalls Rechtswissenschaftlerin, vertritt dagegen eine andere Auffassung. Der Bundestag müsse regeln, dass priorisiert wird, welche Ziele eine Priorisierung zu verfolgen hat und die möglichen Priorisierungskriterien. „Dann muss die Aufstellung weiterer Priorisierungskriterien, einschließlich deren Rangfolge, verfassungsrechtlich zwingend an den Bundesgesundheitsminister delegiert werden.“ Allerdings vermisst die Professorin von der Friedrich-Schiller-Universität Jena eine eindeutige Rechtsgrundlage.



„Es geht um die Zuteilung von Lebenschancen“, deshalb sei die Impfpriorisierung Aufgabe des Gesetzgebers, argumentiert Prof. Thorsten Kingreen.

Diese juristischen Fragen scheinen lösbar zu sein – „einfach die Rechtsverordnung des Ministeriums nehmen, sie als Gesetzentwurf einbringen und das Problem ist in wenigen Tagen gelöst“, lautet beispielsweise Kingreens pragmatischer Vorschlag. Ungleich schwieriger ist derzeit abzuschätzen, wie die kollektive Mangelenerfahrung der Bürger die Wahrnehmung des Gesundheitssystems langfristig beeinflussen wird. Dabei handelt es sich um ein System, das für Außenstehende schwer zu durchschauen ist und in dem implizite Priorisierungsfragen nur hinter verschlossenen Türen diskutiert werden. Möglich, dass das nicht länger hingenommen wird und kritische Nachfragen zunehmen. Die in den kommenden Jahren notwendig werdenden Einsparungen dürften eine solche Entwicklung begünstigen. ●

Triage: Viele offene Fragen

Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat sich Mitte Dezember mit dem Thema Triage befasst. Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Prof. Alena Buyx, warnt insbesondere vor Ex-post-Triage, bei der eine laufende Behandlung zugunsten eines neuen Patienten mit besserer Prognose abgebrochen wird. Dies sei ethisch eine „ungeheuerliche Tragik“. Dr. Wiebke Pühler von der Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die Prioritätensetzung während der Behandlung von Patienten immer Bestandteil ärztlicher Entscheidungen sei. Ärzte müssten Prioritäten setzen und könnten das auch. Sie mahnt, in der Pandemie sollten wegen einer möglichen Unterversorgung nicht nur die Intensivmedizin und Covid-19-Patienten in den Blick genommen werden, sondern alle medizinischen Bereiche – auch die ambulanten. Prof. Uwe Janssens von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin hebt mit Blick auf Triage-Entscheidungen die Rechtsunsicherheit für Ärzte hervor, diese sei „unerträglich“. Auch der Jurist Stephan Rixen, ebenfalls Mitglied im Deutschen Ethikrat, kritisiert viele ungeklärte Fragen bezüglich der Triage. Er appelliert, die Diskriminierung bestimmter Patientengruppen müsse unbedingt ausgeschlossen werden.



Welche Lehren sind aus der Corona-Pandemie zu ziehen, welche Reformen müssen dringend angegangen werden? Damit setzen sich Experten in einem Richtungspapier auseinander. © iStock.com, asbe.

Richtungspapier mit Reformideen

Experten plädieren für längere Praxisöffnungszeiten und weniger DRGs

- **Berlin (pag) - Stärkung des ambulanten Sektors, Neuaufstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), heilkundliche Kompetenzen für Pflegefachkräfte, effiziente und effektive Datennutzung und eine Krankenhausstrukturreform - in einem „Richtungspapier“ geben Experten aus dem Gesundheitswesen, ausgehend von den Lehren aus der Corona-Pandemie, Reformempfehlungen.**

Bei den Autoren handelt es sich um die Krankenhausexperten Prof. Boris Augurzky (RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung) und Prof. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin), Prof. Ferdinand Gerlach, den Vorsitzenden des Sachverständigenrats (SVR) Gesundheit, und die Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin Prof. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). Das Papier wurde im Auftrag des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg), der Bertelsmann Stiftung und der Robert Bosch Stiftung angefertigt.

Barmer-Vorstandsvorsitzender Prof. Christoph Straub hält bei der Vorstellung der Empfehlungen fest, dass sich der ambulante Sektor in der ersten Welle der Corona-Pandemie bewährt habe. Es gelte, dieses System weiter zu stärken. Videobehandlungen und die Krankenschreibung per Telefon sollten „zumindest in geeigneten Fällen als Teil der Routineversorgung dauerhaft verstetigt werden“, heißt es im Papier. Dem versucht in Teilen das Bundesgesundheitsministerium nachzukommen. Im geplanten Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz ist eine Ausweitung der Videobehandlungen auf bis zu 30 Prozent pro Quartal vorgesehen.

Zentralisierung: stationär und ambulant

Auch ein Home-Telemonitoring von besonderen Patientengruppen könnte zunehmend in das Aufgabengebiet der Vertragsärzte fallen. Dazu „sollten schnellstmöglich entsprechende infrastrukturelle und Abrechnungsvoraussetzungen geschaffen werden“, so die Autoren. Nach Busses Auffassung „muss der ambulante Sektor in Zentren übergehen“. Das gehe auch mit längeren Öffnungszeiten einher. Busse denkt dabei an zwölf Stunden. Die Autoren machen sich außerdem für eine stärkere Verzahnung und Überwindung der Sektoren stark. Die Fallpauschalen dürften nicht mehr das Maß aller Dinge sein. Augurzky schlägt stattdessen regionale Gesundheitsbudgets und Vorhaltefinanzierungen vor, die das DRG-System ergänzen sollen. Notwendig seien aber eine Zentralisierung und Spezialisierung der Kliniklandschaft. „Auch in ‚normalen‘ Zeiten ist es wichtig, dass nur die Krankenhäuser Patient:innen behandeln, die über die entsprechende technische Ausstattung und personelle Expertise verfügen. Für gute Behandlungsergebnisse ist nicht die Nähe, sondern die Ausstattung der Krankenhausstandorte ausschlaggebend“, schreiben die Autoren.

ÖGD – quo vadis?

Dass die Politik den ÖGD mit dem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ fördern will, begrüßt Gerlach. Im Papier wird empfohlen, dass sich der Öffentliche Gesundheitsdienst auch anderen akademischen Disziplinen wie etwa den Sozialwissenschaften öffnen müsse. Außerdem fehle ihm derzeit eine wissenschaftliche Basis – Gerlach hält fest, dass es keine Fachgesellschaft gibt – sowie keine Koordination auf Landes- oder Bundesebene. „Eine Stärkung des ÖGD trägt [...] dazu bei, dass auch mittel- bis langfristige Fragen der öffentlichen Gesundheit als Querschnittsthemen in andere Bereiche getragen werden und das Prinzip ‚Health in all Policies‘ gestärkt wird“, heißt es im Richtungspapier. Für die heilkundliche Übertragung von gewissen Aufgaben auf Pflegeberufe in der Primärversorgung macht sich Meyer stark. Besonders in ländlichen Regionen, in denen die ambulante Versorgung quasi nicht mehr vorhanden

ist. Der Gesetzgeber habe bereits vorgelegt. „Wir müssen einfach die Modelle mit Leben füllen“, fordert Meyer. „Wenn eine Pflegefachkraft, die eine Expertise in der Wundversorgung hat, heute noch den Facharzt bitten muss, ein Rezept auszufüllen, und ihm sagt, was dort draufzustehen hat, dann ist das eine Sollbruchstelle, die wir jetzt unbedingt überwinden müssen.“

All diese Visionen lassen sich nach Meinung der Autoren mit Nutzung der digitalen Möglichkeiten besser verwirklichen. Straub wünscht sich, dass Ressourcen und Kapazitäten dadurch gemonitort werden können. Als Beispiel nennt er das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Zudem sei die Datengenerierung immens wichtig für die Versorgungsforschung.

Das Thema Datensicherheit und Datenschutz spricht Gerlach an. Beides hätte in Deutschland „einen wesentlich höheren Stellenwert als der Nutzen“. Es sei fahrlässig und ethisch bedenklich, wenn man Daten missbrauche. Aber es sei genauso fahrlässig und ethisch bedenklich, wenn man vorhandene Daten nicht bestmöglich nutze. Seine Devise: „Daten teilen heißt besser heilen.“

Kritik der Klinikfunktionäre

Das Papier löst beim Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und beim Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands Kritik aus. Beide sehen in dem Richtungspapier „eine Fortsetzung der immer neuen Versuche, die flächendeckende Krankenhausversorgung in Deutschland nachhaltig zu beschädigen und die Klinikversorgung auf wenige Großkrankenhäuser zu konzentrieren. Das haben andere Länder in Europa getan und sind damit deutlich schlechter durch die erste Pandemiewelle gekommen als Deutschland“.

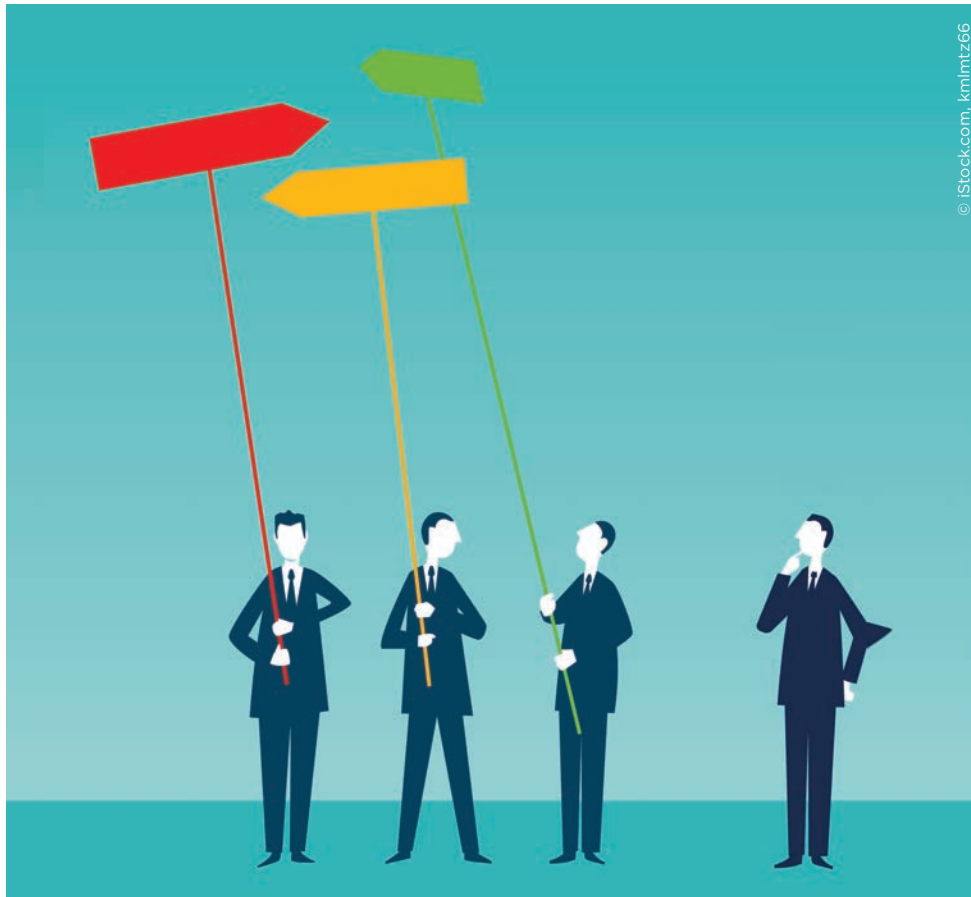
Weiterführender Link:

Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. PDF, 68 Seiten

<https://bit.ly/2YMmrh8>



Von links: Prof. G. Meyer, Prof. R. Busse, Prof. C. Straub, Eva Quadbeck (Moderatorin), Prof. B. Augurzky und Prof. F. Gerlach © pag, Fiolka



„Priorisierung muss öffentlich diskutiert werden“

Prof. Birnbacher über Triage, Verteilungskriterien und Intransparenz

- Berlin (pag) – Durch Corona werden ethische Fragen plötzlich akut, etwa wenn Priorisierungsentscheidungen zu treffen sind. Der Ethiker Prof. Birnbacher sagt im Interview, dass sich Priorisierungen nicht im Namen der Wissenschaft oder der wissenschaftlichen Medizin begründen lassen, sondern immer nur unter Berufung auf ethische Grundsätze. Er kritisiert, dass hierzulande eine offene Diskussion darüber noch immer gescheut wird.

Weite Teile der deutschen Bevölkerung dürften im Zuge der Pandemie das erste Mal mit Mangel und Priorisierung im Gesundheitswesen konfrontiert sein, wie es ansonsten eigentlich nur Personen erleben, die auf ein Spenderorgan warten. Was macht das mit einer Überflussgesellschaft? Glauben Sie beispielsweise, dass davon die Zahlungsbereitschaft für neue Arzneimittel beeinflusst wird?

Prof. Birnbacher: Gegenwärtig müssen Priorisierungsentscheidungen getroffen werden, z.B. über Rangfolgen beim Impfen oder bei Operationen. Findet dabei aus ethischer Sicht eine transparente Güterabwägung statt, die nachvollziehbar kommuniziert wird?

Bei HiGHmed arbeiten Sie zu den ethischen Aspekten des Projekts. Welche ethischen Fragen sind denn bei der datenbasierten Versorgung und Forschung vorrangig zu klären?

Birnbacher: Im Unterschied zu anderen Ländern wird eine offene Diskussion über Priorisierung in Deutschland immer noch gescheut. Die daraus folgende Intransparenz – sei es der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, sei es der medizinischen Fachgesellschaften oder der gesetzlichen Versicherungen – ist einer Demo-

kratie eigentlich nicht würdig. Priorisierungen lassen sich nicht im Namen der Wissenschaft oder der wissenschaftlichen Medizin begründen, sondern immer nur unter Berufung auf ethische Grundsätze. Da diese häufig kontrovers sind, müssen sie in einer Demokratie öffentlich diskutiert werden. Ich verbuche es als zumindest einen Schritt in die richtige Richtung, dass bei den für die eventuelle Triage bei der Behandlung schwerer Corona-Fälle unter Federführung der DIVI verfassten Richtlinien der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften unter anderem auch die Akademie für Ethik in der Medizin einbezogen worden ist, bei den Priorisierungsempfehlungen der Impfkommision des Robert Koch-Instituts die Leopoldina und der Deutsche Ethikrat. Für die Zukunft wäre allerdings eine gesetzliche Grundlage wünschenswert.

Haben Sie den Eindruck, dass im Zuge der Pandemie der öffentliche Stellenwert von medizinethischen Erwägungen gestiegen ist? Der deutsche Ethikrat ist derzeit ja ziemlich präsent in den Nachrichten.

Birnbacher: In Krisensituationen, mit denen niemand gerechnet hat und in denen unter Zeitdruck schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, werden

ethische Fragen, die ansonsten in Seminaren mehr oder weniger hypothetisch diskutiert werden, auf einen Schlag akut. Das galt vor einigen Jahren – in kleinerem Maßstab – für die Frage der Verteilungskriterien für Lebertransplantate angesichts verschiedener Missbräuche, das gilt gegenwärtig – in größerem Maßstab – für die Frage der gerechten Verteilung von Intensivbetten und Impfstoffen und für die Frage eines möglichen Impfwangs. Der Deutsche Ethikrat hat dabei wie viele andere Beratungskommissionen die nicht unwichtige Funktion, die Verantwortung für Entscheidungen dieser Größenordnung auf mehrere Schultern zu verteilen, auch wenn die letzte Verantwortung selbstverständlich bei den politischen Institutionen verbleibt

ZUR PERSON

Prof. Dieter Birnbach, Leopoldina-Mitglied und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, ist Philosoph mit Schwerpunkt Ethik. Er war unter anderem Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Birnbacher forscht unter anderem zu ethischen und anthropologischen Grundlagen- und Anwendungsproblemen der modernen Medizin: Organtransplantation, Reproduktionsmedizin, Sterbehilfe, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem, Stammzellforschung sowie Gentechnik.





„... bloß nicht das Wort Triage in den Mund nehmen“

Dr. Tobias Witte zu gerechter Ressourcenallokation

- Berlin (pag) - Wie steht es mit der Gerechtigkeit im Pandemiefall? Der Medizinrechtsanwalt Dr. Tobias Witte hat vor acht Jahren zu „Recht und Gerechtigkeit im Pandemiefall“ promoviert. Aktuell sieht er einigen Verbesserungsbedarf. Er vermisst beispielsweise eine parlamentarische Debatte über die Zuteilung und die Verabschiedung eines Bundesgesetzes zur Impfkampagne und Impfstoffzuteilung.

Sie haben sich vor acht Jahren in Ihrer Dissertation mit „Recht und Gerechtigkeit im Pandemiefall“ beschäftigt. Wie gerecht geht es zu in der aktuellen Pandemie, insbesondere bezogen auf die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen?

Dr. Tobias Witte: Gerechtigkeit ist natürlich ein sehr abstrakter Begriff mit vielen Facetten. Rechtsphilosophisch wird die Gleichheit nicht selten als Kern der Gerechtigkeit bezeichnet. Wenn wir die gleiche Behandlung von Umständen, die

im Wesentlichen gleich sind, als Gleichheit definieren, dann ist zumindest wahrzunehmen, dass diese Form gerechter Verteilung von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen angestrebt und vielfach auch erzielt wird.

Aber?

Witte: Bei knappen Ressourcen ist dies natürlich nicht immer möglich. Ich weiß aus meiner Arbeit als Fachanwalt für Medizinrecht, der eine Vielzahl an Ärzten berät, dass in manchen Krankenhäusern

bereits Triage-ähnliche Entscheidungen getroffen werden müssen und dass die Geschäftsführung vorgibt, dabei bloß nicht das Wort „Triage“ in den Mund zu nehmen. Es stellt sich also die Frage, wann eine Zuteilung knapper Güter wie beispielsweise Intensivbetten gerecht ist – und dazu muss man Ziele und Kriterien bilden, die unserer Rechtsordnung standhalten. Die Maximierung der Überlebendenzahl ist ein solches zulässiges Ziel. Was viele jedoch als ungerecht empfinden, ist die gleichzeitige Intransparenz der Entscheidungen.

Dies zeigt das obige Beispiel. Auch, wenn Ärzte und Pfleger bei Allokationsentscheidungen bestrebt sind, gerecht zu agieren, entstehen Ungerechtigkeitsempfindungen, da häufig nicht klar kommuniziert wird – und werden kann –, warum eine bestimmte Zuordnung erfolgt und eine andere nicht.

Mit steigenden Fallzahlen steigt die Sorge vor Triage-Entscheidungen in den Kliniken. Sind die deutschen Krankenhäuser mit den klinisch-ethischen Empfehlungen von Fachgesellschaften darauf ausreichend und rechtssicher vorbereitet?

Witte: Gerade auch die Intensivmediziner sind, dies ist meine Überzeugung, hierzulande fachlich exzellent aufgestellt, sodass bei Entscheidungen darüber, wie eine Triage zu erfolgen hat, die medizinischen Aspekte lege artis erfolgen werden. Triage kann im Notfall ja nur jemand anwenden, der die Kriterien – zumeist die Dringlichkeit und Erfolgsaussicht der Behandlung – fachlich anwenden kann. Aber es gibt eben nicht nur medizinische Vorgaben, sondern auch ethische und rechtliche. Aber es gibt kein Gesetz.

Inwiefern stellt das ein Problem dar?

Witte: Die Empfehlungen von Fachgesellschaften sind unverbindlich und im Übrigen auch stellen-

weise widersprüchlich. Ein Pneumologe aus Hamburg mag, auch auf Grundlage der Vorgaben seines Verbands, völlig anders entscheiden als ein Anästhesist aus München, der andere Empfehlungen las. Dies kann vor dem Hintergrund der anzustrebenden Gleichbehandlung nicht sein; rechtssicher ist das nicht. Je genauer ausgestaltet und je stärker demokratisch fundiert hier also die Vorgaben werden – was nur über eine gesetzliche Grundlage geschehen kann –, desto stärker entlastet man auch die Ärzte. Deren ohnehin schwerer Job in der Pandemie wird einfacher, wenn sie verlässliche Regeln haben, die auch einer späteren gerichtlichen Überprüfung des ärztlichen Handelns standhalten.

Sie haben sich mit der verfassungskonformen Verteilung lebensnotwendiger Impfstoffe im Hinblick auf die Priorisierung von Bevölkerungsgruppen und die Kostentragung auseinandergesetzt. Ist das gegenwärtige Vorgehen bezogen auf Priorisierung und Kosten verfassungskonform? Wo sehen Sie ggf. Nachholbedarf?

Witte: Die von der STIKO aufgestellten Kriterien für die Priorisierung der zu impfenden Gruppen sind sicherlich medizinisch und ethisch zulässig und, gerade auch vor dem Hintergrund der konkreten epidemiologischen Anforderungen des Sars-CoV-2-Virus, sinnvoll. Es

sind jedoch nur Empfehlungen, die sodann rechtlich ihren Niederschlag in der Impfverordnung des Gesundheitsministeriums gefunden haben. Ein Parlamentsgesetz ist das nicht. Daher erachten viele Rechtswissenschaftler, unter anderem auch ehemalige Verfassungsrichter, die aktuelle Verteilungsregelung für nicht verfassungskonform.

Teilen Sie diese Einschätzung?

Witte: Dies ist auch meine Ansicht: Was fehlt, ist eine parlamentarische Debatte über die Zuteilung und die Verabschiedung eines Bundesgesetzes zur Impfkampagne und Impfstoffzuteilung. Diese Impfkampagne wird das Leben jedes einzelnen Menschen in Deutschland auf die eine oder andere Weise beeinflussen. Das ist wesentlich – und wesentliche Entscheidungen, so auch eine Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, muss der Gesetzgeber treffen. Als Ergebnis einer demokratischen, also parlamentarischen Entscheidungsfindung. Dies ist hier nicht geschehen. Dies muss nachgeholt werden, was im Übrigen auch die Impfakzeptanz in der Bevölkerung erhöhen könnte. ●

ZUR PERSON

Dr. Tobias Witte arbeitet als Fachanwalt für Medizinrecht bei der Kanzlei für Wirtschaft und Medizin. Er ist zertifizierter Datenschutzbeauftragter und Justiziar des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands. Seine Promotion schrieb er vor einigen Jahren über: „Recht und Gerechtigkeit im Pandemiefall – Bevorratung, Verteilung und Kosten knapper Arzneimittel im Falle eines Seuchenausbruchs“. Darin beschäftigt er sich mit der Frage, ob die deutsche Rechtsordnung auf Pandemien vorbereitet ist.

© Privat



EU-HTA: Wie es weitergeht

- **Berlin (pag) – In die Verhandlungen um ein einheitliches Bewertungsverfahren von Gesundheitstechnologien in der Europäischen Union (EU) kommt Bewegung. Ein neuer Vorschlag soll auch die bisherigen Kritiker unter den Mitgliedstaaten zum Einlenken bewegen.**

Fast ein Jahr lagen die Verhandlungen in der Europäischen Union auf Eis, vor allem wegen Corona. Die Pause hat die Fronten aber offenbar nicht verhärtet, sondern eher die Kompromissbereitschaft gefördert. Das Bundesgesundheitsministerium jedenfalls ist optimistisch: Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft habe basierend auf den Vorarbeiten der vorigen Ratspräsidentschaften (Bulgarien, Österreich, Rumänien, Finnland, Kroatien) erstmalig einen Gesamttext für eine Health-Technology-Assessment (HTA)-Verordnung vorgelegt. Dieser wurde Ende November auf Arbeitsebene in einer Ratsarbeitsgruppe diskutiert. „Das Echo der anderen Mitgliedstaaten fiel insgesamt positiv aus, sodass nunmehr eine realistische Möglichkeit besteht, das sehr komplexe Regelungsvorhaben in absehbarer Zeit und innerhalb der Triopräsidentschaft zusammen mit Portugal und Slowenien abzuschließen“, teilt das Ministerium mit. Peter Liese, Abgeordneter des Europäischen Parlamentes, rechnet im Frühjahr mit einer Einigung im Rat. Dann könnten endlich die Verhandlungen mit dem Europäischen Parlament, das der Verordnung zustimmen muss, starten.

Zur Vorgeschichte: 2018 hatte die EU-Kommission einen Vorschlag für ein EU-HTA vorgelegt, gegen den sich jedoch heftiger Widerstand regte. Vor allem jene Mitgliedstaaten, die wie Deutschland über ein etabliertes HTA-Verfahren verfügen, lehnten den Kommissionsentwurf ab. Ihre Forderung: Auf natio-

nale Besonderheiten des Gesundheitssystems müsse Rücksicht genommen werden. Streit entbrannte zudem darüber, ob alle neu zugelassenen Arzneimittel oder nur eine Auswahl das EU-HTA durchlaufen sollen. Oder wie die Bewertungen überhaupt zustande kommen: mittels Mehrheitsentscheid oder zwingend nur im Konsens?

Krebstherapien im Fokus

Der neue Verordnungsentwurf atmet viel Kompromiss. So soll das EU-HTA erst einmal schrittweise eingeführt werden. Im Fokus eines „joint clinical assessments“ stehen demnach zunächst Therapien gegen Krebs. Im zweiten Schritt werden dann Orphan Drugs und ATMPs in das Verfahren mit aufgenommen. Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung ist geplant, neue Arzneimittel in das EU-HTA aufzunehmen, welche die Indikationen AIDS, neurodegenerative Erkrankungen, Diabetes, Autoimmunerkrankungen und andere Immunschwächen sowie Viruserkrankungen betreffen. Nach acht Jahren schließlich sollen alle anderen „medicinal products“ einbezogen werden. Grundsätzlich, so sieht es der Entwurf vor, ist bei der Entscheidung über die Bewertung Konsens vorgesehen. Ausdrücklich wird auch betont, dass den Mitgliedstaaten eigene Zusatznutzen-Bewertungen im „Kontext ihres spezifischen Gesundheitssystems“ freistehen. ●





© adobe.stock.com, wetzka

Gesetzgebung im Gesundheitsnotstand

- **Passau (pag) – Bei der Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 steht der Gesetzgeber vor enormen Herausforderungen. Juristen der Universität Passau untersuchen jetzt Möglichkeiten und Grenzen eines einheitlichen rechtlichen Regelwerks.**

Die Corona-Pandemie ist für Bund und Länder auch in rechtlicher Hinsicht eine Herausforderung, auf die sie in Rekordzeit reagieren müssen. Rechtsexpertinnen und -experten der Universität Passau wollen Optionen für ein zusammenhängendes Regelwerk aufzeigen und Vorschläge für einen umfassenden Rechtsrahmen für den Fall eines Gesundheitsnotstands wie der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie entwickeln. Die Frage einer Notstandsgesetzgebung wird in der juristischen Fachwelt in längeren zeitlichen Abständen immer wieder diskutiert. Ein einheitliches kohärentes Regelwerk, speziell für den Gesundheitsnotstand, existiert bisher aber weder auf Bundes- noch auf Landesebene. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung nehmen Juristinnen und Juristen im Team von Prof. Hans-Georg Dederer im

Projekt LegEmerge die Rolle des parlamentarischen Gesetzgebers auf beiden Ebenen unter die Lupe.

Sind die Grundrechtseingriffe verhältnismäßig?

Sie beschäftigen sich konkret mit folgenden Fragen: Welche Regelungen muss der parlamentarische Gesetzgeber selbst treffen? In welchem Umfang darf dabei die Exekutive ermächtigt werden, durch (Not-)Verordnungen parlamentsgesetzliche Vorschriften zu ändern, zu ergänzen, zu suspendieren oder aufzuheben? In diesem Zusammenhang werden sowohl die Vor- als auch die Nachteile von (mehr) Zentralisierung einerseits und (mehr) Föderalisierung andererseits untersucht. Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts liegt auf den mit den staatlichen Pandemiemaßnahmen einhergehenden Beschränkungen der individuellen Grundrechte. Die staatlichen

Maßnahmen sollen das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit schützen, greifen dadurch aber zugleich in eine Vielzahl anderer Grundrechte ein. Lassen sich diese Eingriffe rechtfertigen, sind sie insbesondere verhältnismäßig? Welchen Grad an Bestimmtheit und Regelungsdichte muss die gesetzliche Eingriffsgrundlage haben? Welche Rolle spielt dabei das Vorsorgeprinzip? Welchen Spielraum hat der Staat bei der Schaffung eines rechtlichen Rahmens in einem solchen Fall? Dies wollen die Wissenschaftler vertieft an der Triage-Problematik untersuchen. •

Weiterführender Link:

BMBF: Meldung vom 26.10.2020: Gesetzgebung im Gesundheitsnotstand

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesetzgebung-im-gesundheitsnotstand-12433.php>



Gesundheitsdaten: Auf der Suche nach einem Verhaltenskodex

• Berlin/Hamburg (pag) – Für einen europäischen Gesundheitsdatenraum braucht es einen Verhaltenskodex (Code of Conduct) für die Nutzung dieser sensiblen Informationen. Auf einer Veranstaltung der Techniker Krankenkasse (TK) präsentieren Experten dafür Vorschläge.

Zwei Ansätze zur Nutzung von Gesundheitsdaten stellt Prof. Christiane Wendehorst, Co-Sprecherin der Datenethikkommission der Bundesregierung, vor. Der derzeitige Ansatz setze hohe formulare und prozedurale Anforderungen für jegliche Nutzung voraus. Die Korridore für eine generell ohne Einwilligung zulässige Datennutzung oder für jene, bei denen der Patient ein Widerspruchsrecht hat, seien schmal. Beim größten Teil handele es sich um „Datennutzung, die durch Einwilligung gerechtfertigt werden kann“. Der Bereich, in dem Datennutzung per se nicht erlaubt ist und für den Versicherte auch gar keine Einwilligung geben können („Blacklist“), sei sehr klein.

Eine zweite Variante lässt der Expertin zufolge mehr Spielraum: Rechtlich zulässige Datennutzung sollte demnach zum größten Teil auch ohne hohe formulare Anforderungen gestattet sein. Diese sollen dann gelten, wenn ohnehin Widerspruch vonseiten des Versicherten möglich oder Einwilligung nötig ist. Daneben müsste es aber eine breitere „Blacklist“ geben.

Wie dürfen Gesundheitsdaten verarbeitet werden?

Ein Code of Conduct für Gesundheitsdaten steht auf der To-do-Liste der Europäischen Kommission, lässt Claire Bury wissen. Sie ist stellvertretende Chefin der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittel der Kommission. „Dieser Kodex wird die rechtliche Basis dafür liefern, wie Gesundheitsdaten verarbeitet werden dürfen“, sagt Bury. Dabei solle es sich um ein auf der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) basierendes

konzertiertes Regelwerk handeln, das festlegt, wie Vertreter von Gesundheitsberufen und der Industrie mit den Daten umgehen sollen. Vorgesehen seien beispielsweise Pseudonymisierung und Anonymisierung der Informationen.

Die DSGVO erscheint derzeit aber als Hürde und Grundlage zugleich, denn sie werde innerhalb der EU und selbst innerhalb des föderalen Deutschlands unterschiedlich ausgelegt, sagt Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium (BMG). „Deshalb ist dieser Code of Conduct so entscheidend.“

Der gemeinsame europäische Gesundheitsdatenraum soll 2025 stehen. Geplant ist, dass alle EU-Bürger ihre digitalen Patientendaten nutzen können, wenn sie sich zum Beispiel im EU-Ausland ärztlich behandeln lassen, nennt Bury ein Beispiel. Voraussetzung dafür sei die semantische Interoperabilität, die Daten müssten maschinenlesbar gemacht werden, sagt Ludewig. Es müsse verhindert werden, dass „in Frankreich ein medizinisches Faktum anders definiert wird als in Deutschland“. TK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jens Baas hält einen gemeinsamen europäischen Gesundheitsdatenraum schon aus Wettbewerbsgründen für höchst relevant, um sich gegen die Konkurrenz aus den USA oder China zu behaupten. Große Player wie Google und Amazon – und nicht nur die – hätten erkannt, dass Gesundheit ein sehr lukrativer Markt ist. Er glaubt, dass diese Gesundheitsprodukte entwickeln, welche die Versorgung der Patienten verbessern. „Wir werden sie aber mit unseren Daten bezahlen müssen“, mahnt er. „Deswegen ist es wichtig, dass wir in Europa alternative Angebote aufsetzen.“ ●



„Dieser Code of Conduct ist entscheidend“, sagt Dr. Gottfried Ludewig.
© pag, Fiolka



Prof. Christiane Wendehorst stellt zwei Ansätze zur Datennutzung vor.
© Jan Michalko/re:publica



© stock.adobe.com, Alexander Limbach

Genderaspekte noch immer unterbelichtet

- **Berlin (pag) - In Sachen frauenfreundlicher Gesundheitspolitik und -versorgung sei man „ein ganzes Stück“ weitergekommen, aber noch immer existierten viele Herausforderungen. Dieses Fazit zieht der kürzlich vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichte Report zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland.**

Fast 20 Jahre sind zwischen dem ersten Frauengesundheitsbericht, der 2001 vom Bundesfamilienministerium herausgegeben wurde, und dem aktuellen des RKI vergangen. Im Unterschied zu damals ist es den Krankenkassen aber mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben, geschlechtsspezifische Besonderheiten bei ihren Leistungen zu beachten. RKI-Präsident Prof. Lothar Wieler betont anlässlich der Veröffentlichung, dass eine geschlechtersensible Berichterstattung die Akteure des Gesundheitswesens dabei unterstützt, „eine frauengerechte Prävention und Gesundheitsversorgung umzusetzen.“ Zum Thema gynäkologische Erkrankungen wie Endometriose, Myome und Gebärmutterosenkung hält der Report beispielsweise fest, dass dafür „nur wenige Daten zu Häufigkeit, Einflussfaktoren und Versorgung“ zur Verfügung stünden. „Die Behandlung sollte sich an den individuellen Beschwerden und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.“ Eine Voraussetzung dafür sei eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt und Frau.

„Absolut unzureichend“

Unterdessen kommt eine Studie des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin und der Berliner Charité zu dem Ergebnis, dass Genderaspekte im Medizinstudium viel zu wenig berücksichtigt werden. „Soweit es die Humanmedizin betrifft, ist die Vermittlung von geschlechtersensiblen Wissen an den Universitäten leider absolut unzureichend“, sagt Prof. Gabriele Kaczmarczyk, DÄB-Vizepräsidentin und eine der Autorinnen des Projekts. Demnach werden Studierende an 70 Prozent der Fakultäten nur punktuell in einzelnen Lehrveranstaltungen über die Auswirkungen von Geschlecht auf Krankheiten, Symptome und Therapien unterrichtet. Die strukturelle curriculare Integration von geschlechtersensiblen Aspekten sei noch nicht weit genug fortgeschritten, heißt es in dem Bericht. Verbesserungsbedarf sehen die Autorinnen außerdem bei der Prüfungsrelevanz, der Evaluation und Qualitätssicherung des vermittelten Wissens sowie der

nachhaltigen Integration von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen in die Lehre. Als maßgebliche Barrieren für die Integration seien häufig eine mangelnde Bereitschaft beziehungsweise ein geringes Problembewusstsein sowie die fehlende Qualifizierung der Lehrkräfte genannt worden. Genderaspekte würden außerdem in den Fach- und Lehrbüchern nicht systematisch berücksichtigt. Kaczmarczyk fordert darum, neue Professuren für Gendermedizin zu schaffen

Weiterführende Links:

Studie zum aktuellen Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens
<https://bit.ly/3tq9OGz>



Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland, Bericht des RKI, PDF, 394 Seiten
<https://bit.ly/3pSF8LR>



Organspenden in der Pandemie

• **Berlin (pag) – Die Zahl der Organspender ist 2020 in Deutschland trotz Pandemie stabil geblieben. Gleiches gilt für Gewebespenden. Außerdem ist bekannt geworden, dass das neue Organspenderegister fristgerecht am 1. März kommenden Jahres an den Start gehen kann. Das teilt das Bundesgesundheitsministerium Grünen-Chefin Annalena Baerbock mit.**

Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) haben 2020 in Deutschland 913 Menschen nach dem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Das entspricht 11,0 Spendern pro eine Million Einwohner. Damit liegen die Zahlen in etwa auf dem Niveau von 2019 (932 Organspender; 11,2 Spender pro Million Einwohner).

Die DSO nennt mehrere Gründe dafür, dass Organspende und Transplantationen hierzulande ohne große Einbrüche fortgeführt werden konnten. Einer davon sei

das Engagement der Kliniken. Dieses lasse sich auch an der Zahl der organspendebezogenen Kontakte ablesen – also der Fälle, in denen sich die Entnahmekrankenhäuser an die DSO gewendet haben, um über eine mögliche Organspende zu sprechen. Diese Kontakte haben 2020 im Vergleich zu 2019 um 2,5 Prozent zugenommen und lagen bei 3.099 (2019: 3.023). Für Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO, ist das ein „wichtiges Zeichen“.

Außerdem verweist die Stiftung auf das im April 2019 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende. Die beschlossenen Maßnahmen hätten bewirkt, dass sich in den Kliniken die Voraussetzungen für das Erkennen und Melden möglicher Organspender verbesserten. Insbesondere die Rolle der Transplantationsbeauftragten sei gestärkt worden.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) hat die Jahreszahlen 2020 veröffentlicht: 3.029-mal stimmten Spender beziehungsweise Angehörige im vergangenen Jahr der Spende von Geweben wie Augenhornhaut und Herzklappen zu. Trotz eines Spendeneinbruchs während des ersten Corona-Lockdowns im Frühjahr konnte das „hohe Spendenniveau aus dem Vorjahr“ gehalten werden, so die Fachgesellschaft. Insgesamt vermittelte die DGFG 6.268 Gewebetransplantate deutschlandweit. ●



Digitalisiertes Leitlinienwissen

• **Berlin (pag) – Das Wissen aus Leitlinien soll über Systemgrenzen hinweg nutzbar gemacht werden und in digitale Angebote wie Arztinformationssysteme, Lernplattformen, Informationsportale und Gesundheits-Apps eingebunden werden. Damit das möglich wird, arbeitet die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) an der Digitalisierung von Leitlinien.**

„Unser Ziel ist es, strukturierte digitale Leitlinien zu generieren“, sagt Prof. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement. Die Arbeitsgemeinschaft setzt derzeit ein umfassendes Konzept zur Digitalisierung des Leitlinienwissens um. Am Ende soll es auch Arbeitserleichterungen für Leitlinienautoren geben.

Erste konkrete Lösungen hat die AWMF bereits vorgestellt. „Diese Startlösungen umfassen Templates für die einheitliche Erstellung von Leitlinien, die Option zur Erprobung eines bereits vorhandenen Portals für die digitale Leitlinienerstellung und – vor allem – das AWMF-Portal Interessenerklärung Online zur digitalen Darlegung von Interessen

und zum Umgang mit Interessenkonflikten“, erläutert Kopp. Letzteres bezeichnet sie als nationale und internationale Innovation.

Unterdessen hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) eine neue Kommission „Digitale Transformation in der Inneren Medizin“ gegründet. Diese soll Ärzte vermehrt in digitale Transforma-

tionsprozesse einbeziehen. Dabei sollen Probleme, die im Zusammenhang mit neuen Technologien entstehen, frühzeitig thematisiert, Lösungen konsentiert mitgestaltet und Chancen genutzt werden. Der neuen Kommission steht DGIM-Vor-

standsmitglied Prof. Claus Vogelmeier aus Marburg vor. Ihr gehören die Vorsitzenden von fünf ebenfalls neu eingerichteten Arbeitsgruppen der DGIM an, deren Themen die Kommission kanalisiert und steuert. Die Arbeitsgruppen beschäftigen

sich mit digitalen Gesundheitsanwendungen, digitaler Versorgungsforschung, Künstlicher Intelligenz in der Inneren Medizin, Telemedizin sowie digitaler Transformation in Lehre, Forschung, Aus- und Weiterbildung. ●



© stock.adobe.com, Miceking

Sterbehilfe: Neue Initiativen und Kontroversen

• **Berlin (pag) – In die festgefahrene Sterbehilfe-Debatte kommt wieder Bewegung: Zwei Gesetzesinitiativen sind bekannt geworden: Für eine zeichnen die Grünen-Politikerinnen Katja Keul und Renate Künast verantwortlich. Der Entwurf für ein Suizidhilfegesetz stammt von Prof. Karl Lauterbach (SPD), Katrin Helling-Plahr (FDP) und Petra Sitte (Die Linke).**

„Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben darf es nicht nur auf dem Papier geben“, betont Katrin Helling-Plahr, als sie mit ihren beiden Mitstreitern den Entwurf eines Suizidhilfegesetzes bei der Bundespressekonferenz vorstellt. Derzeit bestehe erhebliche Rechtsunsicherheit. Anfang 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das seit 2015 bestehende Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe gekippt. Die Begründung der Karlsruher Richter: Das Verbot verletze das Recht des Einzelnen auf selbstbestimmtes Sterben.

Unwahre und verzerrende Aussagen

Auch der Deutsche Ethikrat beschäftigt sich derzeit intensiv mit dem Thema Sterbehilfe. Im Oktober 2020 hat er auf einer Veranstaltung das „Recht auf Selbsttötung?“ erörtert. Bei einer Anhörung im Dezember wurde das Spektrum des Suizidbegehrens exemplarisch an ausgesuchten Lebenslagen näher beleuchtet. Konkret hat der Rat Aspekte der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und im Kontext palliativer Versorgung in den Blick genommen sowie die Selbsttötung als Form der Lebensbilanzierung. Anlässlich der Anhörung bekräftigt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ihre kritische Haltung gegenüber der ärztlichen

Suizidbeihilfe als Aufgabe der Palliativversorgung. Die Suizidbeihilfe könne keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung, ein Add-On, sein, sagt DGP-Präsident Prof. Lukas Radbruch.

Wie unterschiedlich das Thema Sterbehilfe nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch innerhalb der Fachgesellschaft selbst eingeschätzt wird, hat kürzlich das in der ARD gezeigte Stück „Gott“ von Ferdinand von Schirach offenbart. In einem offenen Brief monieren Radbruch sowie 16 weitere Unterzeichner unter anderem, dass die Rolle des Ärztekammervertreters „ein wenig aus der Zeit gefallen“ sei. Sie betonen, dass die Zulassung des assistierten Suizids weder Suizidraten senke noch harte Suizide verhindere. Aussagen wie diese bleiben nicht ohne Widerspruch. In einer Replik auf den Brief kritisieren 27 Personen, unter ihnen der Notfallmediziner Dr. Michael de Ridder und der Jurist Prof. Reinhard Merkel, nachweisbar unwahre oder verzerrende Aussagen – etwa in Bezug auf sinkende Suizidraten oder auf die Verhinderung von harten Suiziden. Zur Darstellung des Kammervertreters merken sie an, dass exakt die Argumente des Arztes in dem Stück von realen Vertretern der Ärzteschaft während der letzten Jahre vorgebracht wurden. Namentlich wird an den ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery, erinnert. ●



© iStock.com, A&J Fotos

Der zweite Patient

- **Darmstadt (pag) – Was macht es mit einer Familie, wenn ein Mitglied chronisch erkrankt? Wird die Familie zum zweiten Patienten? Mit einer Umfrage hat das Pharmaunternehmen Merck Serono die Bedeutung von Angehörigen chronisch Kranker näher untersucht.**

Pflege wird schnell zur Vollzeitbeschäftigung, wenn man nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, sagt die SPD-Gesundheitspolitikerin Martina Stamm-Fibich bei der Vorstellung der Umfrage. Sie fordert mehr Flexibilisierung in der Arbeitswelt. Die Erhöhung des Pflegegeldes, die zum Juli geplant ist, sei ein Erfolg. Viele gute Maßnahmen würden jedoch durch übermäßige Bürokratie zur Belastung, die Bearbeitung dauere Monate. Zudem möchte Stamm-Fibich professionelle emotionale Unterstützung für Menschen, die familiäre Pflegearbeit übernehmen.

Die Umfrage bestätigt: Wird ein Familienmitglied mit einer schweren oder chronischen Krankheit diagnostiziert, bedeutet das für die Angehörigen mentalen Stress (90 Prozent), zeitliche Beanspruchung (60 Prozent), körperlichen Stress (54 Prozent) und finanzielle Beanspruchung (41 Prozent). Die eigene Erkrankung bzw. die Erkrankung eines Familienmitglieds haben 60 Prozent der Familien vor

große Herausforderungen gestellt, bei 28 Prozent waren die Herausforderungen geringer. Egal wie groß die Herausforderungen, die meisten Befragten berichten, dass sie den Zusammenhalt in der Familie positiv beeinflusst haben.

Für die meisten Befragten nimmt Familie einen hohen Stellenwert ein. Sie ist in Zeiten einer chronischen oder schweren Erkrankung ein Ort, der Sicherheit und Geborgenheit gibt (76 Prozent) und unverzichtbar, um mit der Erkrankung umzugehen (62 Prozent). Gleichzeitig sind die Angehörigen für fast jeden zweiten chronisch Kranken eine Bürde: Viele haben Angst davor, zur Last zu fallen oder nicht mehr wie bisher für die Familie sorgen zu können.

„Verständnis schafft Nähe“

Die Unterstützung von Familie und Lebenspartner gibt viel Kraft, um durch die Therapien zu kommen, berichtet Susann Sommerfeld, die zweimal mit Brustkrebs diagnostiziert wurde. „Verständnis schafft

Nähe“, sagt sie. Kommunikation sei sehr wichtig. Viele Betroffene wüssten jedoch nicht, wie sie offen mit ihrer Familie reden können und viele Familien seien nicht bereit, sich zu ändern. „Da muss man als Person sehr, sehr stark sein.“

Familie könne einen großen Einfluss auf das Befinden der einzelnen Personen haben, bestätigt MS-Patientin Britta Lovski. Bezüglich der Therapieentscheidung habe sie mehr mit dem Arzt gesprochen, ansonsten binde sie ihre Familie aber in ihren Alltag mit der Krankheit ein. Insbesondere zum Thema Nebenwirkungen habe sie aufgeklärt, „damit die Familie weiß, was auf sie zukommt“.

Zur Umfrage

Etwa 250 Personen haben daran teilgenommen, 65 Prozent von ihnen sind seit Jahren chronisch oder schwer erkrankt, bei 9 Prozent wurde vor Kurzem eine chronische oder schwere Krankheit diagnostiziert und 26 Prozent haben selbst keine schwere Erkrankung. ●

informativ, fundiert, ausgewogen

Bestellen Sie das kostenlose Magazin „Gerechte Gesundheit“. Im Fokus: die Debatte zu Verteilungsgerechtigkeit und Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Das vierteljährlich erscheinende Magazin enthält Veranstaltungsberichte, Analysen und die Geschichten, die hinter der schnellen Nachricht stecken. Alle Abonnenten erhalten außerdem gratis das monatliche „Telegramm“, ein Update der neuen Inhalte auf gerechte-gesundheit.de.

Zur Bestellung des Magazins:



www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html

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

Interessiert an aktuellen Nachrichten? Folgen Sie uns auf Twitter.



http://twitter.com/#!/GG_Portal

Impressum

Magazin Gerechte Gesundheit – ISSN: 2625-3313
Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit GmbH
Albrechtstraße 11
10117 Berlin
www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
news@gerechte-gesundheit.de

Chefredaktion: Antje Hoppe
V.i.S.d.P.: Lisa Braun
Mitarbeiter dieser Ausgabe: Lisa Braun, Anna Fiolka, Julia Frisch, Hauke Hohensee, Christoph Starke

Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Allianz kommunaler
Großkrankenhäuser e.V.
Aroser Allee 70
13407 Berlin

Janssen-Cilag GmbH
Johnson & Johnson Platz 1
41470 Neuss

Roche Pharma AG
Emil-Barell-Str. 1
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin

