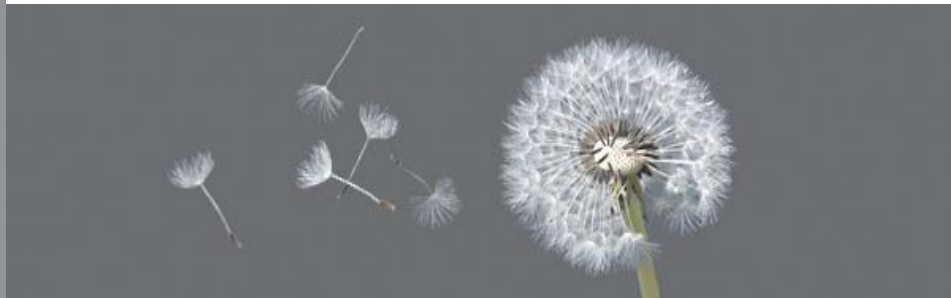


Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur Verteilungsdebatte



Ausgabe 23 August 2013

Editorial:

Das Leid der anderen

Was kümmert mich das Leid der anderen? Mitgefühl spart man sich meist für das eigene Umfeld auf, im persönlichen „Empathie-Ranking“ rangieren die Gesundheitsprobleme von Entwicklungsländern weit unten. Nicht so bei Thomas Pogge, der einleuchtend darstellt, warum die Industriestaaten eine direkte Mitverantwortung für die Probleme in armen Ländern tragen. Er belässt es nicht bei allgemeinen Appellen, sondern hat ein Modell entwickelt, das dazu beitragen könnte, die Weltgesundheit zu verbessern. Ein Vorschlag, der unsere Aufmerksamkeit verdient.

Ihre Lisa Braun



Inhalt

Seite 2	.....
Seite 5	.....
Seite 7	.....
Seite 8	.....
Seite 11 – Interview	.....

Meldungen

Seite 13	.....
Seite 13	.....
Seite 14	.....
Seite 15	.....
Seite 15	.....
Seite 16	.....
Seite 17	.....
Seite 18	.....
Seite 19	.....

Forschung am Menschen – nach welchen Regeln?

Reaktionen auf eine Initiative der Europäischen Kommission

Die Gesundheit der Anderen

Thomas Pogges Einsatz für mehr globale Gesundheitsgerechtigkeit

Wenn Kinder mit chronischen Krankheiten erwachsen werden

Kongress widmet sich dem Übergang in die Erwachsenenmedizin

Multiple Sklerose: IV verbessert Versorgung – aber nicht für alle

Veranstaltung befasst sich mit Therapielandschaft

Zweifel an der Verteilungsgerechtigkeit des Morbi-RSA

Franz Knieps plädiert für eine Reform des Kassen-Finanzausgleiches

Gegendarstellung

Risikostrukturausgleich „teilweise rechtswidrig“

Wie viel Geriatrie braucht die Onkologie?

GKV-Spitzenverband: Innovationen erst an Zentren erproben

Neue Institute für Gesundheitsforschung und -ökonomie

Onkologen kritisieren Zytostatika-Ausschreibung

Plädoyer für eine bessere Innovationskultur

AMNOG: Bilanz und Veränderungen

Glossar

> Forschung am Menschen – nach welchen Regeln?

Reaktionen auf eine Initiative der Europäischen Kommission

Berlin – Wir alle wollen Fortschritt, Fortschritt braucht Forschung, Forschung hat immer auch einen Preis – auf diese, verkürzt wiedergegebene, Formel bringt Prof. Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, das Spannungsfeld, in dem sich Arzneimittelforschung bewegt. Die Jahrestagung des Rates hat sich mit dem Thema unter der Überschrift „Medizinischer Fortschritt auf wessen Kosten?“ beschäftigt. Anlass dafür ist auch eine Initiative aus Brüssel.

Einführend skizziert Woopen Trends der europäischen Arzneimittelforschung. Diese fände zum einen zunehmend in internationalen Kooperationen statt. Nach Angaben der europäischen Kommission sind 24 Prozent der Studien multinational („multizentrisch“) angelegt und umfassen 67 Prozent aller Probanden. Das liegt daran, dass immer mehr Erkenntnisse über die genetischen Einflüsse auf die Verstoffwechselung von Medikamenten und die Abhängigkeit ihrer Wirkung von den molekularen Eigenschaften des erkrankten Gewebes vorliegen. Die Konsequenz: „Die Probandengruppen werden immer differenzierter und kleiner, die Forschung muss an mehreren Orten stattfinden, um überhaupt aussagekräftige Ergebnisse erhalten zu können“, erklärt Woopen.



Jahrestagung des Ethikrates: Diskussion über Forschung am Menschen

sammenfassen: Es gibt, wenn auch nicht in allen Ländern einheitlich, detaillierte Anforderungen an die Beantragung und Durchführung klinischer Studien. Dies dient, so Woopen, dem Probandenschutz und soll eine solide Aussagekraft der Ergebnisse gewährleisten. Für die Studiensponsoren entstehen dadurch aber zum Teil hohe Kosten und ein großer Zeitaufwand. Die EU-Kommission hat dafür konkrete Zahlen parat: Die Vorlaufzeit einer Studie sei in den letzten zehn Jahren um 90 Prozent auf 152 Tage gestiegen, die Versicherungsprämie für Sponsoren aus der Wirtschaft um 80 Prozent. Die Verwaltungskosten für nicht-kommerzielle Sponsoren – Wissenschaftler und Forschungsnetzwerke – und der Personalbedarf für kommerzielle Sponsoren hätten sich in etwa verdoppelt. Es sei ein Rückgang klinischer Prüfungen in der EU zu verzeichnen: von 5.000 Genehmigungsanträgen im Jahr 2007 auf 3.800 im Jahr 2011.

Unterdessen werden offenbar viele Prüfungen mittlerweile in Schwellenländern wie Indien durchgeführt. Problematisch sei daran vor allem, dass die Behörden, die für den Schutz der Probanden zuständig sind, dort nicht richtig funktionierten. Auch werde die Integrität der erhobenen Daten in Frage gestellt. „Dies bedeutet, dass die Daten unzuverlässig sind und auch Risiken für die Patienten in der EU darstellen“, betont der Europa-Abgeordnete Dr. Peter Liese in einem Hintergrundpapier.

„Patientenorientierte Forschung in die EU zurückholen“

Die Kommission in Brüssel führt diese Entwicklung zum Teil auf eine Richtlinie aus dem Jahr 2001 zurück (Richtlinie 2001/20/EG „zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln“). Mit einer neuen Verord-



Klinische Forschung: immer internationaler, immer mehr Bürokratie

Der zweite, von der Medizinerin beschriebene Trend lässt sich unter dem Stichwort Bürokratisierung zu-

nung will sie „die patientenorientierte Forschung in die EU zurückholen“.

Insbesondere durch eine Harmonisierung der Einreichungs- und Bewertungsverfahren soll der Forschungsstandort Europa wieder attraktiver gemacht werden. Dieses Ziel ist relativ unstrittig, gleiches gilt für das gewählte Rechtsinstrument einer

Patientenvertreter: „Bevor wir zur Verdammnis schreiten, hätte ich gerne noch ein paar Informationen gehabt.“



Prof. Ignaz Wessler, geschäftsführender Arzt der Ethikkommission der LÄK Rheinland-Pfalz

Verordnung. Doch die konkreten Regelungen, die der Vorschlag der Kommission enthält, sind insbesondere in Deutschland auf heftige Kritik gestoßen. Ablehnend äußerten sich beispielsweise der Bundestag und die Bundesärztekammer (BÄK). Auch auf der Veranstaltung des Ethikrates im Frühjahr dominiert diese kritische Sichtweise. Dass kein Vertreter der Kommission – entgegen vorheriger Programmankündigungen – die Brüsseler Sichtweise dargestellt, moniert eine Patientenvertreterin mit den Worten: „Bevor wir zur Verdammnis schreiten, hätte ich gerne noch ein paar Informationen gehabt.“

Die Pläne der EU-Kommission

Diese Kritik ist jedoch nur teilweise gerechtfertigt, denn Details zum Vorschlag aus Brüssel stellt Prof. Ignaz Wessler, geschäftsführender Arzt der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz,

vor. Demnach soll es ein einheitliches Genehmigungsdossier verbindlich

für alle 27 Staaten geben. Auf einem Portal der EU kann der Sponsor alle seine Unterlagen elektronisch einreichen. Vorge-
sehen ist ferner

ein nationaler Entschädigungsfonds. Ein vom Sponsor zu bestimmender berichterstattender Mitgliedsstaat legt fest, in welcher Sprache die Unterlagen eingereicht werden. Die Bewertung der Unterlagen erfolgt in zwei Teilen: Den „generellen“ Part, in dem es unter anderem um den therapeutischen Nutzen und den Nutzen für die öffentliche Gesundheit geht, bewertet der Berichtersteller. Teil zwei, bei dem nationale Aspekte wie die Aufklärung und Rekrutierung der Probanden im Mittelpunkt stehen, fällt in die Zuständigkeit der Staaten, in denen die Studie durchgeführt werden soll. Für ihre Bewertung haben sie zehn Tage Zeit.

Ethikkommissionen bald überflüssig?

An dem Kommissionsvorschlag werden in der Fachdiskussion zahlreiche

Aspekte beanstandet. Im Vordergrund steht dabei meist, dass das hierzulande übliche duale Bewertungssystem von staatlicher Behörde und unabhängiger Ethikkommission abgeschafft wird. Die Kommissionen kommen in dem Vorschlag



Prof. Andreas Spickhoff, Universität Göttingen

überhaupt nicht vor. Bei der Jahrestagung des Ethikrates hebt Prof. Andreas Spickhoff von der Universität Göttingen ihre wichtigen Aufgaben und ihre Bedeutung für die Sicherheit der Probanden hervor. Der Jurist befürchtet eine Herabsetzung bestehender Standards in Europa mit weitreichenden Folgen für die Entwicklungs- und Schwellenländer. Weitere Kritikpunkte haben BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery und Peter Liese (CDU) in einer gemeinsamen Erklärung Anfang des

Zahlen und Fakten zu klinischen Studien

Etwa eine Millionen Menschen sind in der Europäischen Union ständig in klinische Prüfungen einbezogen. 24 Prozent aller klinischen Studien in der EU werden in vielen verschiedenen Zentren beziehungsweise in zwei oder mehr Mitgliedsstaaten durchgeführt. 67 Prozent aller Probanden nehmen an solchen multizentrischen Prüfungen teil. 40 Prozent aller klinischen Prüfungen werden von nicht-kommerziellen Sponsoren durchgeführt. Deutschland ist

ein beliebtes Land für die Durchführung klinischer Studien, die weltweite Nummer zwei nach den USA. Die Richtlinie 2001/20/EG wurde hierzulande im Jahr 2004 mit dem Zwölften Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und der Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen (GCP-Verordnung) in nationales Recht umgesetzt.

Jahres formuliert. Sie warnen davor, dass künftig der berichterstattende Mitgliedstaat bei klinischen Prüfungen federführend die Nutzen-Risiko-Bewertung vornimmt. „Damit würden die Einspruchsrechte anderer Staaten, in denen die Prüfung



Dr. Peter Liese, gesundheitspolitischer Sprecher der christdemokratischen Fraktion im Europäischen Parlament

ebenfalls durchgeführt werden soll, erheblich beschnitten.“ Eine ausreichende Konsultationsfrist, vor deren Ablauf der berichterstattende Mitgliedsstaat nicht entscheiden darf, sei zwingend notwendig. Für bedenklich halten beide auch die geplanten Vorgaben bei Minderjährigen oder Nichteinwilligungsfähigen. „Es darf (...) nicht sein, dass

dabei die Patienten, insbesondere wenn es sich um Kinder oder geistig behinderte Menschen handelt, weniger geschützt werden, als das bisher der Fall war“, so Liese. Wegen der unmittelbaren EU-weiten Gültigkeit der Verordnung sei es dann den Mitgliedstaaten nicht mehr möglich, im Einzelfall ein höheres Schutzniveau vorzusehen.

Liese: „Es geht in die richtige Richtung“

Liese ist gesundheitspolitischer Sprecher der christdemokratischen Fraktion im Europäischen Parlament (EP). Auf einer von ihm organisierten Fachdiskussion im Juni zitiert er den bekannten Spruch, dass ein Vorschlag das Parlament nie so verlässt wie er hinein gekommen ist – das gelte in Brüssel noch viel mehr als in Berlin. Im Falle der geplanten EU-Verordnung zu klinischen Studien hat dieser Spruch einmal mehr seine Gültigkeit bewiesen, denn der Gesundheitsausschuss des EP hat bei einer Abstimmung Ende Mai bereits „entscheidende Verbesserungen“, so Liese, am Kommissionsvorschlag erzielt. Allerdings sind damit nicht

alle – beispielsweise auf der Jahrestagung des Ethikrates geäußerten – Bedenken hinfällig. Liese zufolge geht der vom Ausschuss angenommene Text zwar „in die richtige Richtung“, bei einigen Aspekten bestehe jedoch noch „Nachbesserungsbedarf“. Als positiv hebt er beispielsweise hervor, dass die Rechte von Kindern und Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber dem Kommissionsvorschlag gestärkt worden sind, so dass keine Abschwächung gegenüber der bestehenden Rechtslage bestehe.

Prof. Wolf-Dieter Ludwig begrüßt auf der Veranstaltung des EU-Parlamentariers grundsätzlich, dass Erleichterungen für Therapieoptimierungsstudien, so genannte low-risk-studies, in dem Verordnungsentwurf vorgesehen sind. Auch dass klinische Studien die Diversität der zu untersuchenden Population zu berücksichtigen haben, findet die ausdrückliche Zustimmung des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Ältere Patienten, Patienten mit Komorbiditäten würden bei Zulassungsstudien oft ausgeschlossen, „so dass wir diese Erkenntnisse gar nicht auf den Klinikalltag transferieren können“, sagt der Mediziner. Auch die Veränderungen, die es in Sachen Transparenz geben soll, lobt Ludwig – das betrifft sowohl die Offenlegung von Interessenkonflikten beim Einreichen von Anträgen als auch die Registrierung klinischer Studien.

Hasford: noch Etlisches zu tun

Dennoch bleibt aus Sicht von Prof. Jörg Hasford, Vorsitzender des Arbeitskreises medizinischer Ethikkommissionen, noch „Etlisches zu tun“, es gehe nun um die Arbeit an den Details, sagt er bei der Fachdiskussion im Juni. Dies betrifft auch die Rolle der Ethikkommissionen. Diese seien mit dem Beschluss des Ausschusses wieder integraler

Industrie pocht auf Entscheidungskompetenz der Ethikkommissionen

Wie steht die Industrie zu den Ethikkommissionen? Die Pharma-Unternehmen sind an „unkompromittierter Entscheidungskompetenz der Ethikkommissionen sehr interessiert“, betont Birgit Fischer, weil diese von der internationalen Leitlinie „Good Clinical Practice“ (GCP) der International Conference on Harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use (ICH) verlangt wird. Und das sei die „Bibel“ der Firmen für die Studierendurchführung, so die Geschäftsführerin des Verbandes forschender

Pharma-Unternehmen (vfa). Denn nur ICH-GCP-konforme Studien würden von den Zulassungsbehörden in den USA, in Europa, in Japan und vielen weiteren Ländern akzeptiert. Eine Studie, die auf nicht ICH-GCP-konformer Weise genehmigt wurde, sei folglich für die Firmen wertlos; und selbst wenn eine EU-Verordnung dies erlauben würde, dürften Firmen solche Studien nicht durchführen. „Eine in dieser Hinsicht unzureichende EU-Verordnung würde also das Aus für industrielle klinische Studien in Europa bedeuten“, so Fischer.



Prof. Jörg Hasford, Vorsitzender des Arbeitskreises medizinischer Ethikkommissionen

Partner bei der Bewertung von Studienanträgen geworden. Aber: In dem von den Parlamentariern

verabschiedeten Text steht, dass sie das Studienprotokoll zu prüfen haben, von einer notwendigen Zustimmung ist dort nicht die Rede („approval“). Dies verlangt Hasford, der ebenfalls fordert, dass die Kommission jedes beteiligten Mitgliedslandes auch Teil eins des Antragsdossiers, das den Prüfplan und die Risiko-Nutzen-Abwägung enthält, „bewerten und votieren“ dürfen. Schließlich bleibe unklar, welchen Einfluss das Votum der Ethikkommissionen auf den weiteren Gang der Dinge hat, kritisiert

der Experte. „Es kann nicht sein, dass die Verbesserung der Bedingungen für die klinische Prüfung mit einem Abbau des Schutzniveaus der Teilnehmer erkaufte wird“, mahnt er. Einen Wettlauf beim Abbau ethischer Standards mit den Forschungsschwellenländern dürfe es auch im Interesse der dortigen Bevölkerung nicht geben.

Die Diskussion um die geplante Verordnung läuft weiter, im Herbst stehen die Verhandlungen mit dem Ministerrat an. <<<

> Die Gesundheit der Anderen

Thomas Pogges Einsatz für mehr globale Gesundheitsgerechtigkeit

Berlin – Die Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern sind zwar schlimm, gehen uns aber nichts an – diese weit verbreitete Einstellung bekämpft Prof. Dr. Thomas Pogge. Der Philosophieprofessor aus Yale macht deutlich: „Wir haben eine starke Gerechtigkeitsverpflichtung, die Gesundheitsprobleme in den Entwicklungsländern anzugehen, weil diese auf Regelungen zurückgehen, für die wir alle mit verantwortlich sind.“

„Die Gesundheit der Anderen“ lautet der Titel von Kolloquium und Akademieabend, zu denen das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP), die Münsteraner Kollegforschergruppe „Theoretische Grundfragen der Normbegründung in Medizinethik und Biopolitik“ und die Katholische Akademie eingeladen haben.

Wenn es um die Weltgesundheit geht, sind zweifelsohne in den vergangenen Jahren wichtige Erfolge erzielt worden. Dennoch bewertet

Pogge die Fortschritte bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen in armen Ländern kritisch – denn was ist die Grundlage, die es rechtfertigt, von Erfolgen zu

sprechen? Es gehe nicht darum, so der Wissenschaftler, die Krankheitslast mit der von vor zwanzig Jahren zu vergleichen, sondern damit, was heute möglich wäre. Noch ernüchternder ist, dass sich die Diskrepanz zwischen Möglichkeiten und Ist-Zustand im Laufe der Jahre immer weiter verschärft hat. Angesichts

dieser Entwicklung konstatiert Pogge: „Die Sache ist in die falsche Richtung gelaufen, wir haben – moralisch gesehen – ein schlimmeres Armutsproblem als damals.“

als damals.“ Pogge zufolge sind ein Großteil der heutigen Krankheitslast und vorzeitigen Todesfälle in Entwicklungsländern armutsbedingt.



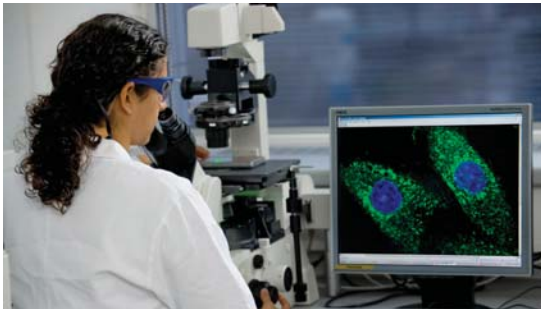
Prof. Thomas Pogge, Yale University, Philosophy Department

Am unteren Ende der Prioritätenliste

Doch interessiert das überhaupt die Bürger der Industrienationen? Probleme in armen Ländern rangieren Pogge zufolge auf der Prioritätenliste am unteren Ende. Positive Hilfsverpflichtungen empfinde man vor allem gegenüber der Familie und Freunden, Nachbarn, Bewohnern der gleichen Stadt oder Region sowie Landsleuten. Pogge hält dagegen: „Die Gesundheitsprobleme

in Entwicklungsländern sollten wir genauso wichtig nehmen wie unsere eigenen, weil wir viele dieser Probleme dort aktiv auslösen.“ Armut und damit auch Krankheit in Entwicklungsländern seien auf globale Regelungen zurückzuführen, für welche die Regierungen der reichen Länder eine große Verantwortung tragen. Folglich sei ein großer Teil der aus Armut resultierenden Krankheitslast nicht nur etwas, was die reichen Länder verringern könnten, sondern etwas, zu dem sie aktiv beitragen. „Wir tun nicht nur zu wenig für die Weltgesundheit, sondern wir tun auch zu viel, um diese Probleme zu produzieren und reproduzieren.“

Pogges Kritik am TRIPS-Abkommen
Pogge belässt es nicht bei allgemeinen Formulierungen wie supranationale Vereinbarungen, sondern er



kritisiert konkret das TRIPS-Abkommen, das Pharmaunternehmen das Recht gibt, ihre Innovationen 20 Jahre lang durch Produktpatente zu schützen. Dadurch habe sich die medizinische Versorgung in den Entwicklungsländern eindeutig verschlechtert. Auch sei das TRIPS-System schwach in puncto Forschungsziele: Dem Wissenschaftler zufolge werden Innovationsprioritäten durch riesige ökonomische Ungleichheiten verzerrt, die zum Problem der „vernachlässigten Krankheiten“ führen.

Was ist der Health Impact Fund?

Seit Jahren propagiert Pogge ein alternatives Modell: den Health Impact Fund (HIF). Der Hebel setzt beim Design des Finanzierungssystems für die Erforschung von und Versorgung mit Medikamenten an. Vorgesehen ist ein System von Forschungsprämien, deren Ausschüttung an präzise Erfolgsbedingungen geknüpft ist. Als Erfolg gilt dabei nicht die Marktreife oder Zulassung des Medikaments, sondern sein tatsächlicher Beitrag zur Verringerung der globalen Krankheitslast. Dies ist die Kernidee des HIF – ein Innovationsfonds, den Pogge den Staaten zur Finanzierung vorschlägt. Er würde so funktionieren: Urheberfirmen sollen hinsichtlich jedes ihrer Medikamente die Option haben, dieses beim HIF zu melden. Wenn eine Firma dies tut, verpflichtet sie sich dadurch, es überall zu einem Preis anzubieten, der die geringstmöglichen Produktions- und Vertriebskosten nicht übersteigt. Im Gegenzug bekommt sie zehn Jahre lang einen Anteil regelmäßiger HIF-Ausschüttungen, der genau dem Anteil ihres Medikaments an den Gesundheitsauswirkungen (health impact) aller HIF-gemeldeten Medikamente entspricht. Wenn beispielsweise ein Medikament im Jahr 2014 für 17 Prozent der Gesundheitsgewinne aller HIF-gemeldeten Medikamente verantwortlich ist, dann bekommt die Urheberfirma dieses Medikaments 17 Prozent der vorher festgelegten HIF-Ausschüttung für das Jahr 2014. Auf diese Weise haben Firmen auch einen Anreiz, durch eine modifizierte Form der Marktpflege für die optimale Verwendung ihrer Medikamente zu sorgen und diese vielleicht sogar unter dem Kostenpreis an arme Patienten zu verkaufen.

Wie es weiter geht

Bereits seit einigen Jahren ist Pogge dabei, für das Modell zu werben, Akteure zu überzeugen, Mitstreiter zu finden – dicke Bretter sind es,



Impfungen gegen das Rotavirus in Tanzania – Pogge zufolge sind viele Krankheiten in Entwicklungsländern armutsbedingt.

die er dabei bohrt. Und doch kann er bereits einige Erfolge vermelden: Namhafte Experten hat er bereits auf seiner Seite, wie die ehemalige Entwicklungshilfeministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul und den Nobelpreisträger Kenneth J. Arrow. Pilotprojekte, um das Modell zu testen, sind derzeit in der Planung. Und hierzu-lande gründet sich momentan ein Verein („Strukturanreize für Globale Gesundheit“), um den Health Impact Fund bekannter zu machen. <<<

Weiterführender Link:

Weitere Details zum HIF sind einem Aufsatz von Pogge für *Gerechte Gesundheit* zu entnehmen:

>> www.gerechte-gesundheit.de/debatte/autorenbeitraege/detail/ab-eintrag/1/6.html

> Wenn Kinder mit chronischen Krankheiten erwachsen werden

Kongress widmet sich dem Übergang in die Erwachsenenmedizin

Berlin – Die kindzentrierte Betreuung in eine Therapie zu überführen, die sich an Erwachsenenbedürfnissen orientiert – das ist die Herausforderung, wenn junge Patienten mit chronischen Krankheiten älter werden. Im deutschen Gesundheitssystem liegt dabei einiges im Argen. Die Barmer GEK und das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen stellen das Problem in den Mittelpunkt ihres Medizinkongresses.

„Es gibt viele Barrieren für einen strukturierten Wechsel chronisch kranker Heranwachsender in die Erwachsenenmedizin. Diese so genannte Transition ist den Fachleuten als Thema gut bekannt, in der Regelversorgung aber noch nicht angekommen“, beschreibt Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, die Situation.



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK

Große Gefahr: die Unterversorgung junger Rheumatiker

Die konkreten Schwierigkeiten verdeutlicht Prof. Dr. Angela Zink vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum am Beispiel der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA), der häufigsten entzündlichen rheumatischen Erkrankung des Kindes- und Jugendalters. Mindestens die Hälfte der Betroffenen gehe mit behandlungsbedürftiger Erkrankung oder chronischen Folgeschäden ins Erwachsenenalter. Sie bedürften der kompetenten, meist lebenslangen Weiterbetreuung. Allerdings werde der Übergang in die Erwachsenenmedizin dadurch

erschwert, dass für die Versorgung der rund 1,5 Millionen erwachsenen Rheumapatienten nur knapp 600 internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Zink zufolge werden mindestens 1.350 niedergelassene Spezialisten gebraucht. „Junge Rheumatiker stoßen nach dem Ausscheiden aus der Kinder-rheumatologie auf ein allgemeines Angebotsdefizit, das die Gefahr birgt, dass sie nicht mehr oder unzureichend rheumatologisch versorgt werden“, sagt Zink. Hinzu komme, dass angesichts der im jungen Erwachsenenalter anstehenden biografischen Neuorientierungen die chronische Krankheit leicht verdrängt werde. Die Langzeitschäden einer unzureichenden Versorgung könnten aber gravierend sein. „Deshalb müssen Jugendliche mit JIA systematisch auf den Übergang in die Erwachsenenversorgung vorbereitet werden, sie müssen lernen, die Verantwortung für ihre Krankheit selbst zu übernehmen und verstehen, welche Folgen eine unzureichende Versorgung für ihre Zukunft hat“, betont die stellvertretende Institutsdirektorin des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums.



Prof. Angela Zink,
Deutsches Rheuma-
Forschungszentrum



Medizinkongress: „Transition ist in der Regelversorgung noch nicht angekommen.“

Initiativen, um die Lücke im System zu schließen

Die Transitionsprobleme werden in der Rheumatologie nicht ignoriert, seit mehr als sechs Jahren bemühen sich die Mediziner, die Lücke zwischen pädiatrischer und internistischer Rheumatologie zu schließen. Zink zufolge wurden spezielle Versorgungsangebote für junge Rheumatiker an mehr als 20 kinder-rheumatologischen Einrichtungen etabliert, einheitliche Unterlagen zu einer strukturierten Transition entwickelt und lokale Kooperationen zwischen Kinder- und Erwachsenenrheumatologen aufgebaut. Auch Krankenkassen werden aktiv: Schlenker weist darauf hin, dass in einem neuen Vertrag auf Basis des Paragraphen 73b (hausarztzentrierte Versorgung) Sozialgesetzbuch SGB V mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein spezielles Transitionsmodul verankert sei. Dadurch werde die umfassende Beratung von Jugendlichen und Eltern, der strukturierte Abschlussbericht der

Pädiater sowie das persönliche Gespräch zwischen den Behandlern in einer eigenständigen Vergütungsposition honoriert.



Prof. Britta Siegmund, Charité, Berlin

Von Einzellösungen zu fächerübergreifenden Strukturen

Prof. Dr. Britta Siegmund von der Berliner Charité plädiert dagegen für eine fächerübergreifende Struktur, die über Einzellösungen hinausgeht. Sie berichtet von der Task Force Transition, die die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin im vergangenen Jahr gegründet haben – „mit dem Ziel, die Ist-Situation zu evaluieren und ein Transitionsmodell zu erarbeiten“. Dafür habe man verschiedene Modelle studiert und lehne sich jetzt an das

Berliner Transitionsprogramm an. Dieses haben die DRK-Kliniken – unterstützt durch das Bundesforschungsministerium – zunächst für Epilepsie und Diabetes erarbeitet. Bei dem Modell sind fächerübergreifende Strukturen wie Transitionsheft, Abschlussbericht, Fallmanagement, krankheitsspezifische Materialien und die Vergütung etabliert. „Wir streben einen solchen Standard auf dem Weg in die Erwachsenenmedizin an, das modular durch einzelne Erkrankungen ergänzt wird“, so die Ärztin.

Bis ein solcher Standard in der Versorgungsrealität angekommen ist, dürfte es noch einige Zeit dauern. <<<



Transition – schwieriger Übergang in der Betreuung

Potenziell betroffen von der Transition sind in Deutschland rund 120.000 Kinder und Jugendliche mit schweren chronischen Erkrankungen. Unter Transition verstehen Fachleute den zielgerichteten und geplanten Übergang Heranwachsender mit chronischen

Erkrankungen von einer kind-zentrierten zu einer auf Erwachsenenbedürfnisse orientierten Gesundheitsbetreuung. Derzeitige Schwierigkeiten führen zum Beispiel zu Therapieabbrüchen, falscher Behandlung oder Mängeln bei der Medikamenteneinnahme.

> Multiple Sklerose: IV verbessert Versorgung – aber nicht für alle Veranstaltung befasst sich mit Therapielandschaft

Berlin – Sie wird auch die „Krankheit mit den 1.000 Gesichtern“ genannt – die Rede ist von Multipler Sklerose (MS). In der Therapie habe es in den vergangenen Jahren ganz große Fortschritte für die Patienten gegeben, betont PD Dr. Björn Tackenberg, Universitätsklinik Marburg, auf einer Veranstaltung von Cognomed. Aber davon profitiert längst nicht jeder Betroffene – auch das wird auf der Tagung deutlich.

Wie umfassend ein Patient mit der entzündlichen Erkrankung des Nervensystems behandelt wird, hängt insbesondere davon ab, in welchen

Strukturen er versorgt wird. Über gute Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung (IV) in Nordrhein-Westfalen berichtet Prof. Dr. Gereon



PD Dr. Björn Tackenberg, Universitätsklinik Marburg

Nelles, Facharzt für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie, Köln. Unterzeichnet wurde der IV-Vertrag 2006, mittlerweile sind 126 Praxen und zwölf Kliniken beteiligt, die 1.351 Patienten betreuen. Niedergelassene Neurologen, die in den Vertrag einsteigen möchten, müssen Nelles zufolge seit mindestens



Prof. Gereon Nelles, Facharzt für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie, Köln

fünf Jahren MS-Patienten behandeln und auch standardisierte Untersuchungen anbieten wie EDSS (Skala zur Bewertung neurologischer Defizite), MSFC (Messmethode für den Grad der Beeinträchtigung) und MSQol 54 (Maßstab zur Messung der Lebensqualität). Eine weitere Voraussetzung ist, dass Leitlinien eingehalten werden, auch die Bereitschaft zur ambulanten Schubtherapie, zum Management von Heil- und Hilfsmitteltherapie



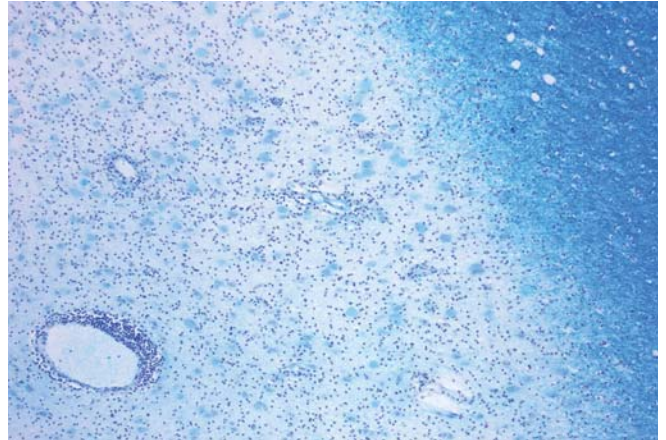
Patienten profitieren von einem ausführlichen Aufklärungsgespräch.

sowie zur Patientenschulung nach einem festgelegten Curriculum wird erwartet.

Der Patient profitiert von diesen Qualitätsvorgaben – beispielsweise in Form eines ausführlichen Aufklärungsgesprächs, einer Eingangsuntersuchung und einer koordinierten Langzeitbehandlung und Therapie. Die Betroffenen können sich auf zeitnahe Termine und einen festen medizinischen Ansprechpartner („Neurologe als Lotse“) verlassen. Nicht zuletzt die abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den Behandlern, Hinweise und Hilfen zur Krankheitsbewältigung dürften für die geringeren Abbruchraten in der medikamentösen Therapie verantwortlich sein.

Das Erfolgsrezept

Viele IV-Verträge kommen nicht richtig ins Laufen, existieren mehr auf dem Papier als in der Versorgungsrealität. Was ist das Erfolgsgeheimnis des MS-Projektes? Nelles betont vor allem zwei Aspekte. Der niedergelassene Arzt werde für die ambulante Behandlung dieser chronischen Krankheit gestärkt, und dafür gebe es auch entsprechende Anreize – so werden beispielsweise Eingangsuntersuchung, Quartalskonsultationen sowie Dokumentation extra vergütet. Wichtig sei aber auch die Einbindung der Patientenvertretung. Ärzte könnten nicht so genau abschätzen, was das gesamte psychosoziale Erleben der Krankheit bedeutet, die Erfahrungen des Bundesverbandes der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft seien von Anfang an in den Prozess eingeflossen. MS-Patienten seien eine „sehr interessierte, sehr engagierte Patientengruppe“, sagt der Referent.



Nervenschädigung bei multipler Sklerose (Demyelinisierung, Originalvergrößerung 1:100)

IV nicht für alle Patienten möglich

Mittlerweile hat eine Verlaufsbeobachtung über zwei Jahre gezeigt, dass bei den im Rahmen

Regelversorgung versus Integrierte Versorgung

Regelversorgung:

- Keine formale Steuerung der Behandlung
- Mangelnde ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- Oft keine Schulungsangebote für Patienten
- Keine strukturierte Erfassung der Lebensqualität

Integrierte Versorgung:

- Abgestimmte Behandlungspläne zwischen Krankenhaus, Praxis, Therapeuten
- Einweisung ins Krankenhaus nur in speziellen Fällen, Behandlung soll durch niedergelassenen Neurologen erfolgen
- Regelmäßige Schulungen nach Curriculum der DMSG
- Lebensqualität steht im Mittelpunkt der Behandlung

(Quelle: AOK Rheinland/Hamburg)

des IV-Vertrages Behandelten die stationären Behandlungen um die Hälfte reduziert, funktionelle Fähigkeiten erhalten werden konnten



Prof. Friedemann Paul, Charite – Universitätsmedizin Berlin

und es positive Wirkungen auf die Lebensqualität gab. Doch hat dieser Erfolg für den Mediziner auch etwas Zwiespältiges. Problematisch findet Gereon Nelles, dass sich nicht alle Kassen am IV-Vertrag beteiligen, so sei beispielsweise die Barmer ausgestiegen. Dadurch könnten eben nicht alle Patienten, für die diese Versorgung vorteilhaft wäre, sie auch erhalten. Auch wenn der Wettbewerb um Versorgungsmodelle politisch gewollt ist, findet er es jedoch ethisch und wirtschaftlich schwierig, „nur bestimmten Patienten bestimmte Leistungen anzubieten“. Die Konsequenz des Niedergelassenen: Er bietet diese Versorgungsform jedem in Frage kommenden Patienten an – auch wenn dessen Kasse nicht Vertragspartner ist. Man versuche dies über Einzelfallentscheidungen zu klären, „die allerdings nicht selten abgelehnt werden, oft aus formellen Gründen“, berichtet er. In der Gemeinschaftspraxis, in der Nelles

tätig ist, kümmert sich mittlerweile schwerpunktmäßig eine Mitarbeiterin um die Integrierte Versorgung. „Sonst ist das nicht zu schaffen.“

Paul: „Nicht jede neue Therapie ist von jedem Neurologen in der Provinz anzuwenden.“

Stichwort Zukunftsperspektive: Die AOK sei gerade dabei, die Kosten näher zu analysieren. Dem wolle er nicht vorgreifen – es zeichne sich jedoch ab, dass keine deutlichen Mehrkosten anfallen. „Möglicherweise ist es ein Nullsummenspiel.“ Zu Einsparungen komme es durch geringere stationäre Ausgaben, man dürfe sich auch nichts vormachen: „Integrierte Versorgung kostet.“

Therapieentscheidungen mit dem Patienten treffen

Die Versorgungslandschaft wird immer komplizierter, ähnliches gilt für die Behandlungsoptionen. Prof. Dr. Friedemann Paul, Charite – Universitätsmedizin Berlin, wirft auf der

Veranstaltung einen Blick in die Zukunft und stellt neue Optionen zur Behandlung der Multiplen Sklerose vor. Die MS-Therapielandschaft werde bunter, aber auch unübersichtlicher, sagt Paul. „Neue Therapien bedeuten auch neue Sicherheitsrisiken, die wir aber im Detail noch nicht kennen.“ Bestimmte neue Therapien gehörten in die Hände von Spezialisten. „Ohne arrogant wirken zu wollen“, betont Paul: „Nicht jede neue Therapie ist von jedem Neurologen in der Provinz anzuwenden.“ Ein Sicherheitsmonitoring sei unbedingt notwendig. Daher seien die „alten“ Therapien nicht weniger wichtig. Ein anderer Punkt liegt dem Mediziner außerdem besonders am Herzen: „Wir müssen von einem paternalistischen Verhältnis wegkommen; sondern gemeinsam mit dem Patienten Therapieentscheidungen treffen.“ Der Mediziner nennt ein Beispiel: Wenn eine unerwünschte Nebenwirkung eines Medikaments Haarausfall ist, dann könne das bei jungen Frauen unter Umständen heißen, dass man sich eventuell auch gegen diese bestimmte Therapie entscheide. <<<

Was macht das Kompetenznetz Multiple Sklerose?

Multiple Sklerose ist aktuell nicht heilbar; Hochrechnungen zufolge sind etwa 130.000 Menschen in Deutschland betroffen. Trotz großer Forschungsanstrengungen sind Ursachen und Verlaufsformen der MS bisher nicht ausreichend geklärt. Diese Situation zu ändern sowie Diagnostik und Therapie zu verbessern, ist das Ziel des Kompetenznetzes Multiple Sklerose (KKNMS). Das KKNMS wird seit 2009 vom Bundesforschungsministerium unterstützt. Zentrales Projekt ist die Kohortenstudie,

bei der Patienten mit früher MS über zehn Jahre wissenschaftlich und medizinisch begleitet werden. Ergänzend dazu wird ein Immuntherapieregister aufgebaut, in dem Risiken und Nebenwirkungen bekannter und neuer MS-Therapien dokumentiert werden. Eine weitere Studie untersucht, inwiefern sich verbesserte Information auf die Entscheidungsfindung und Therapietreue von Patienten auswirkt. Auch die Aktualisierung der MS-Leitlinie gehört zu den KKNMS-Aufgaben.

>> www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

> Zweifel an der Verteilungsgerechtigkeit des Morbi-RSA

Franz Knieps plädiert für eine Reform des Kassen-Finanzausgleiches

Berlin – Die zentrale Streitfrage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist, wie das vorhandene Geld möglichst gerecht verteilt wird. Die Chancengleichheit in einem Krankenversicherungssystem deutscher Prägung ohne Risikoausschluss und Risikoselektion kann nur dann funktionieren, wenn es einen Risikostrukturausgleich (RSA) gibt. Doch dessen konkrete Ausgestaltung ist umstritten. Kürzlich haben mehrere Kassen gegen das Berechnungsverfahren geklagt – unter anderem auch die Betriebskrankenkassen. Der Vorstandsvorsitzende des neu gegründeten BKK-Dachverbandes, Franz Knieps, erläutert im Interview seine Reformvorstellungen.

- > Der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen wurde bereits von Länderseite in Frage gestellt und seine Rechtmäßigkeit höchstrichterlich bestätigt. Gegen den Nachfolger, den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), ziehen immer wieder Krankenkassen vor Gericht. Ist das per se schon ein Zeichen dafür, dass eine RSA-Reform nötig ist?

Franz Knieps: Eine umfassende Überarbeitung ist schon allein deshalb angezeigt, um weitere unnötige Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, die bei Nichtstun der politischen Ebene vorprogrammiert wären. Allerdings sind Fehlentwicklungen nicht erst nach dem jüngsten Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen offensichtlich.* Die Politik sollte nach vier Jahren Erfahrung und ausreichendem Datenmaterial als Belege der Wirkmechanismen des Morbi-RSA nicht länger warten, sondern eine Reform angehen.

- > Nicht nur Ärzte leben mit einem ständigen Verteilungskonflikt, sondern auch Krankenkassen. Ist der gegenwärtige Risikostrukturausgleich gerecht?

Knieps: Eine allumfassende Verteilungsgerechtigkeit konnte nie Ziel des RSA sein. Ziel des Solidarausgleichs ist es, Wettbewerbsnachteile zwischen den gesetzlichen Krankenkassen aus-

Franz Knieps: versierter Kenner des Systems

Der Volljurist wechselte nach mehrjähriger wissenschaftlicher Arbeit an der Universität Bonn in die Rechtsabteilung des AOK-Bundesverbandes. Später verantwortete er als Geschäftsführer die Politik des Kassenverbandes. Von 2003 bis 2009 leitete er unter Ulla Schmidt die Abteilung „Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Von 2010 bis 2013: Partner bei Wiese Consult. Neben seinen Tätigkeiten war Knieps für diverse Institutionen, darunter die Weltgesundheitsorganisation und die EU, als Experte für Gesundheitssystemfragen beratend im Einsatz. Seit dem 1. Juli ist Knieps hauptamtlicher Vorstand des BKK Dachverbandes.



zugleichen. Dazu sind die Konstanten Alter und Geschlecht unstrittig „sauber“ erfassbar. Gleiches gilt leider nicht für das Merkmal Morbidität. Hier ist es zu erheblichen Fehlentwicklungen gekommen, welche die Betriebskrankenkassen an der Verteilungsgerechtigkeit mehr als zweifeln lassen und die nur in einem Gesamtpaket korrigiert werden können. Da Sie die Vertragsärzte ansprechen: Die ambulanten Diagnosen von Ärzten drohen zu überborden und zu stark vom Morbi-RSA-gesteuert zu werden. Das „upcoding“ im Gesundheitswesen könnte sich – wenn politisch nicht reguliert wird – zu

einem ähnlichen El Dorado für Berater und Softwareanbieter entwickeln wie das Geschäftsfeld der „kreativen Steuervermeidung“ es hierzulande bereits ist.

- > Wie viel Ausgleich für ungleiche Risikostrukturen ist nötig oder anders gefragt: Wie viel wettbewerblicher Anreiz für Verbesserungen muss vorhanden sein?

Knieps: Neben der Verhinderung von Risikoselektion sollte der RSA ursprünglich den Kassen eine Zielorientierung im Wettbewerb geben und letztlich Effizienz und Effektivität

in der Gesundheitsversorgung steigern. Momentan fehlen aber gerade Anreize im RSA, die das Kassenmanagement durch Eigeninitiative steuern könnte – beispielsweise bei den pauschalen Zuweisungen aus dem Fonds für Verwaltungskosten, deren Verteilerschlüssel von Anfang an umstritten waren.

Ein anderes Beispiel für pauschalisierte Zuweisungsparameter ist das Krankengeld. Im RSA wird derzeit nach



Durchschnittsverdiensten ausgeglichen. Für Betriebskrankenkassen, die viele Mitglieder mit überdurchschnittlichen Arbeitseinkommen versichern, führt diese Systematik zu signifikanten Wettbewerbsverzerrungen. Die BKK schlagen vor, die dem Krankengeld zugrunde liegenden versichertenbezogenen Löhne und Gehälter heranzuziehen, so könnte diese Fehlallokation ohne größeren Verwaltungsmehraufwand korrigiert werden.

- > **Nach Erkenntnissen des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt ist der Morbi-RSA eher unter- als überdimensioniert. Sie fordern eine Wiedereinführung des Risikopools für sehr aufwändige Fälle und im Gegenzug die bisherigen 80 teuren Krankheiten nicht mehr zu berücksichtigen. Können Sie das näher erläutern?**

Knieps: Nach unserer Ansicht würde die Wiedereinführung eines Hochrisikopools für die Versorgung sehr aufwändiger Krankheitsfälle, die derzeit durch das Raster des Morbi-RSA fallen, abfedern. In der Liste der 80 Erkrankungen sind gerade nicht die „teuersten“ Einzeldiagnosen enthalten. Sicherlich, es ist eine Herausforderung einerseits einen robusteren Morbi-RSA zu bauen und andererseits so etwas wie den Hochrisikopool zu integrieren. Es ist aus meiner Sicht jedoch nicht realistisch zu erwarten, dass sich die Politik dafür entscheiden wird, das eine durch das andere Modell zu ersetzen.

- > **Sie fordern außerdem eine korrekte Erfassung der tatsächlichen Verwaltungskosten. Wie werden diese erfasst und wie würde sich eine Änderung auswirken?**

Knieps: Die Aufteilung der derzeitigen Zuweisungsanteile hälftig nach Versichertenzahl und nach kassenindividueller Morbidität ist nicht sachgerecht und spiegelt den tatsächlichen Ressourceneinsatz der Kassenpraxis wie Sachmittel und Personal nicht wider. So verursacht ein „teurer“ Arztbesuch keine besonders hohen Verwaltungskosten bei einer Kasse, andere Prozesse wie beispielsweise das aufwändige Melde- und Beitragswesen kommen in der Logik des derzeitigen RSA nicht vor. Die Betriebskrankenkassen haben ein Modell entwickelt, das die Fondszuweisungen für Verwaltungsprozesse anhand ausgewählter Parameter berechnet. Dabei wurden auch Innovationsfaktoren einbezogen. Es geht letztlich darum, dass das Kassenmanagement wieder motiviert wird, sich um hocheffiziente Verwaltungsabläufe zu bemühen und es außerdem Anreize bekommt, wieder in innovative Versorgungsmodelle zu investieren.

- > **Ein Morbi-RSA sollte nicht nur dazu da sein, Morbidität zu messen, sondern diejenigen belohnen, die Morbidität nachweislich mindern. Kann es dazu Anreize geben?**

Knieps: Prävention und gerade betriebliche Gesundheitsförderung sind die „Parade-Themen“ der Betriebskrankenkassen – keine Kassenart kennt die Arbeitswelt besser und engagiert sich intensiver in deutschen Unternehmen. Aus BKK-Sicht ist der Morbi-RSA zu einseitig auf Krankheiten fokussiert. Bestimmte Krankheiten können präventiv oft weitgehend vermieden oder in ihrem Verlauf durch gesundheitsförderliche Maßnahmen gemildert werden. Deshalb fehlen den BKK „Belohnungsparameter“ für präventive Maßnahmen über „obligo“, beispielsweise für Best-Practice-Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung mit empirisch belegten Nutzeffekten. So nützen beispielsweise gesund älter werdende Belegschaften nicht nur den deutschen Unternehmen, sondern auch der Bilanz der GKV insgesamt. Als weiteres Feld seien hier arbeitsplatzbezogene Projekte zur Reduzierung psychischer Belastungsfaktoren genannt.

- > **Sind Ihnen dazu Rechenmodelle bekannt?**

Knieps: Zuerst einmal sollte ausgelotet werden, ob in der nächsten Legislaturperiode bei der Politik grundsätzlich die Bereitschaft für eine grundlegende Überarbeitung des Morbi-RSA gesehen wird. Die realistisch umsetzbaren Themenbereiche müssten abgesteckt und gegebenenfalls eine zeitliche Stufung festgelegt werden. Dem folgen dann die detaillierten Rechenmodelle. <<<

* Hinweis der Redaktion: Lesen Sie hierzu auch die Meldung Risikostrukturausgleich „teilweise rechtswidrig“ auf der folgenden Seite.

> Gendarstellung

In der letzten Ausgabe von Gerechte Gesundheit, Nr. 22, Mai 2013, zitieren wir unter der Überschrift „Von der Utopie, jeden Euro zielgerichtet auszugeben“ auf Seite 5 Prof. Dr. Martin Wilhelm folgendermaßen:

„Ich habe aus Kostengründen auf Therapiemaßnahmen verzichtet, obwohl sie zugelassen sind und nachweislich einen Vorteil vor preiswerteren Alternativen haben, weil der therapeutische Vorteil im Vergleich zur Kostendifferenz zu gering war.“

Hierzu stelle ich fest, dass ich diese Aussage nicht getroffen habe. Ich habe in meinem Vortrag auf entsprechende Umfragen unter Ärzten aus den Bereichen Kardiologie und Intensivmedizin sowie Onkologie Bezug genommen, aber selber niemals aus diesem Grund Patienten Therapiemaßnahmen vorenthalten. Dieses falsch wieder-

gegebene Zitat widerspricht auch meiner ethischen Berufsauffassung.

Prof. Dr. Martin Wilhelm, Leiter der Medizinischen Klinik 5, Nürnberg

Wir bitten Prof. Wilhelm für die falsche Zitierweise um Entschuldigung.



> Risikostrukturausgleich „teilweise rechtswidrig“

Essen – Das Bundesversicherungsamt (BVA) muss das Berechnungsverfahren für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für das Jahr 2013 ändern. Der Grund: Im bisherigen Verfahren werden die Ausgaben Verstorbener unzureichend berücksichtigt. Das hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) am 4. Juli 2013 entschieden.

Die Richter argumentieren, aufgrund eines Evaluationsberichtes des wissenschaftlichen Beirats des BVA hätten „gesicherte Erkenntnisse“ vorgelegen, „dass das bisherige Berechnungsverfahren zu systematischen Verzerrungen führt und daher nicht geeignet ist, wie vom Gesetz gefordert, Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden“. Das könne aber aus Sicht des LSG mit der vorgeschlagenen Änderung des Berechnungsverfahrens erreicht werden. Der Beirat, der für den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen zuständig ist, hatte in einem von der schwarz-gelben Bundesregierung beauftragten Gutachten diesen Berechnungsfehler und dessen Beseitigung wiederholt angemahnt. Das LSG urteilt daher, das BVA sei verpflichtet, sein Berechnungsverfahren für das Jahr 2013 zu ändern.

Die Richter heben den Zeigefinger auch Richtung Bundesgesundheitsministerium (BMG). Weder dem BVA noch dem BMG „steht insoweit ein Freiraum zu, von einer Änderung im Hinblick auf weitere im Evaluationsbericht benannte Unzulänglichkeiten der Ermittlung der Zuweisungen abzusehen und eine evtl. Änderung erst im Rahmen einer ‚Gesamtlösung‘ vorzunehmen“, heißt es wörtlich. Die Klagen von vier Kassen, die eine Änderung des Berechnungsverfahrens auch schon für die Jahre vor 2013 gefordert hatten, hat die Kammer abgewiesen. Erst durch den Evaluationsbericht hätten „gesicherte Erkenntnisse zur Notwendigkeit einer Änderung der Berechnung vorgelegen“. In allen Fällen ist die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen worden.

Gegen den RSA der Jahre 2011 bis 2013 hatten mehrere Krankenkassen verschiedener Kassenarten – AOK, BKK, Ersatzkassen, Knappschaft – geklagt. Die zeigen sich nach dem Urteil erfreut, üben aber auch Kritik. Die Entscheidung gehe „in Sachen Verteilungsgerechtigkeit zwischen den GKV-Kassen in die richtige Richtung, allerdings sind gleiche Wettbewerbsbedingungen noch nicht komplett hergestellt“, bemängelt Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. <<<

Az: Urteile vom 04.07.2013:

L 16 KR 646/12 KL,
L 16 KR 800/12 KL,
L 16 KR 774/12 KL,
L 16 KR 732/12 KL,
L 16 KR 641/12 KL und
L 16 KR 756/12 KL

> Wie viel Geriatrie braucht die Onkologie?

Berlin – Ältere und alte Patienten leiden zunehmend an onkologischen Erkrankungen. Wie ist die Versorgung darauf vorbereitet? Der Brennpunkt Onkologie, eine Veranstaltung der Deutschen Krebsgesellschaft, widmet sich diesem Problem.



Steinhagen-Thiessen: „Was ist die für den älteren Patienten wichtigste Erkrankung, die ich behandeln muss?“

Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Ärztliche Leiterin des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin

Die Zahlen sind eindeutig: „Jedes Jahr steigt der Altersdurchschnitt unserer Patienten um drei Monate“, sagt Dr. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO). „Wir haben gelernt, dass wir in die Onkologie geriatrisches Know-how einbringen müssen.“ Insbesondere die Multimorbidität mit allen ihren Folgen mache die Geriatrie zu einer hochindividualisierten Medizin, betont Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Ärztliche Leiterin des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin. Zu alterstypischen Komorbiditäten zählten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Diabetes und Demenz. Außerdem dürfe man soziale und altersbedingte Veränderungen, zum Beispiel der Nierenfunktion, die per se keine Krankheit darstellten, nicht außer acht lassen. „Menschen werden im Laufe des

Lebens immer verschiedener, die Adaptationsfähigkeit nimmt ab“, konstatiert die Expertin. Der Arzt in der Geriatrie müsse sich auch dafür interessieren und „Tentakeln entwickeln für die Verschiedenheit der Persönlichkeit“. Und er müsse lernen, zu hierarchisieren – „Was ist die für den älteren Patienten wichtigste Erkrankung, die ich behandeln muss?“

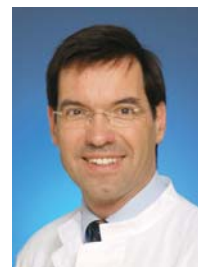
Geriatrisches Assessment bisher eher Ausnahme als Regel

Als Grundlage für die Therapieentscheidung, Prognose und Nachsorge beim älteren Menschen fordert Steinhagen-Thiessen ein konsequentes geriatrisches Assessment. Geprüft werden sollten Altersfähigkeiten, Mobilität, Kognition, emotionale Grundstimmung, Umgebung des Patienten und seine soziale Lage. Ein solches Assessment wird mittlerweile von nationalen und internationalen Fachgesellschaften als Bestandteil



Ältere Patienten haben oftmals nicht nur Krebs, sondern leiden auch unter weiteren Krankheiten wie Hypertonie oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

einer sorgfältigen Diagnostik bei alten Patienten mit Krebserkrankung empfohlen. Die tatsächliche Integration sei aber bislang die Ausnahme und nicht die Regel, berichtet Dr. Ulrich Wedding, Palliativmediziner an der Universitätsklinik Jena.



Dr. Ulrich Wedding, Universitätsklinik Jena

Dringlich ist laut Dr. Gunnar Folprecht vom Universitätsklinikum Dresden auch eine bessere Evidenz in der geriatrischen Onkologie: „Schaut man sich zum Beispiel die Zahlen beim Darmkrebs an, so findet man weniger kurative Operationen; dafür nimmt der Anteil der palliativen Operationen und der Notfalloperationen, gemessen am Gesamtanteil, zu.“ Leider gebe es im Moment keine Studie, die untersucht, „wann ein Patient mit vielen Begleiterkrankungen tatsächlich operiert werden soll und wann es besser ist, die OP zu verschieben“, sagt der Onkologe. Ähnliches gelte zum Beispiel auch für die Frage, wann und für welche älteren Patienten eine adjuvante Chemotherapie beim Darmkrebs angebracht sei. „Ohne randomisierte Studien werden wir bei geriatrischen Patienten nicht weiterkommen.“ <<<



Dr. Gunnar Folprecht, Universitätsklinikum Dresden

> GKV-Spitzenverband: Innovationen erst an Zentren erproben

Berlin – „Innovative Verfahren gehören in die Hand von Experten an spezialisierten Zentren.“ Das verlangt Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, auf einer Pressekonferenz. Dort stellt der Verband seine Forderungen für die kommende Legislaturperiode vor.

Wenn der Gesetzgeber Patientensicherheit ernst nehmen, müsse eine Reform darauf abzielen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen und Schaden unklar sei, vor einer flächendeckenden Einführung zunächst im Rahmen klinischer Studien eingesetzt werden, erklärt die Verbandsvorsitzende. Sie kritisiert, dass bisher der patientenrelevante Nutzen von innovativen Verfahren nicht belegt werden müsse. Zum Verständnis: In der stationären Versorgung können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich ohne vorherige Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht

werden, solange der G-BA nicht ausdrücklich etwas anderes beschließt (Verbotsvorbehalt). Anders sieht das in der Arztpraxis aus – eine Behandlungsmethode darf von einem niedergelassenen Arzt nur dann zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie in den Leistungskatalog eingeschlossen hat (Erlaubnisvorbehalt). Pfeiffer erinnert auf der Pressekonferenz daran, dass sich Innovationen im Gesundheitswesen auch in verbesserten Behandlungsprozessen und anderen Versorgungsstrukturen niederschlagen könnten. „Hier sollte der Gesetzgeber künftig Anreize zum verbesserten Schnittstellenmanagement setzen, zum Beispiel durch die Unterstützung integrierter Versor-

gungsverträge.“ Wer Prozessinnovationen als Impuls für eine gute Versorgung in Deutschland wolle, müsse diese fördern und nicht behindern – Kassen und andere Investoren benötigen künftig mehr Planungssicherheit. <<<



Innovative Verfahren zunächst an Zentren zu testen, fordert der GKV-Spitzenverband.

> Neue Institute für Gesundheitsforschung und -ökonomie

Berlin/Illertissen – Zwei neue Institute mit interessantem Aufgabenprofil wurden in jüngster Zeit gegründet. Ziel des Institut of Clinical Economics (ICE) mit Sitz in Schwaben ist, die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen zu beleuchten. Im Beisein von Bundesforschungsministerin Prof. Dr. Johanna Wanka ist in der Hauptstadt kürzlich das „Berliner Institut für Gesundheitsforschung“ (BIG) eröffnet worden.

Das BIG soll die translationale Forschung verbessern, durch die wissenschaftliche Erkenntnisse schneller in die medizinische Versorgung und zum Patienten gelangen. Die Gründung des Instituts sei „ein wichtiger Schritt in der deutschen Gesundheitsforschung und ein Baustein für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems“, sagt Wanka. BIG-Vorstandsvorsitzender Prof. Ernst Theodor Rietschel, ehemaliger Präsident der Leibniz-Gemeinschaft, weist darauf hin, dass die Translation und



Forschungsministerin Prof. Johanna Wanka eröffnet das Berliner Institut für Gesundheitsforschung.

die fächerübergreifende Systemmedizin das Besondere des BIG seien. Das bedeute, weg zu kommen von einzel-

nen Krankheitsbildern hin zu grundlegenden molekularen Ursachen von Krankheiten, um daraus neue Diagnoseverfahren, Therapien oder vorbeugende Maßnahmen zu entwickeln, sagt er. Im BIG bündeln das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch, das zur Helmholtz-Gemeinschaft gehört, und die Charité – Universitätsmedizin Berlin ihre Forschung. Bund, Land und Helmholtz-Gemeinschaft stellen MDC und Charité für den Aufbau in den kommenden fünf Jahren rund

300 Millionen Euro zur Verfügung. Die Stifterin der Charité-Stiftung, Johanna Quandt, unterstützt das BIG zudem mit 40 Millionen Euro.

ICE: pro Ökonomisierung – kontra Kommerzialisierung

Im Gesundheitssystem orientieren sich die Entscheidungen immer häufiger am Profit der Leistungserbringer, sagt der erste Vorsitzende des Institut of Clinical Economics, Professor Franz Porzsolt. Ziel des Instituts sei es, der von den Bürgern empfundene

nen Versorgungsungerechtigkeit und den bestehenden Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken. Das ICE will mit Studien die Leistungen im Gesundheitswesen unter klinischen und ökonomischen Gesichtspunkten untersuchen. Im Interesse der Bürger müsse die Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Vordergrund stehen – nicht die Kommerzialisierung, sagt Porzsolt, Klinischer Ökonom und Hämato-Onkologe. Weiterhin wollen sich die Gesundheitsexperten kritisch mit den Wert-



Der Vorstand des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung: Prof. Walter Rosenthal, Prof. Ernst Rietschel (Vorstandsvorsitzender), Prof. Karl Max Einhäupl und Prof. Annette Grütters-Kieslich (v.l.)

vorstellungen von Gesunden und Kranken auseinanderzusetzen. <<<

> Onkologen kritisieren Zytostatika-Ausschreibung

Köln/Bad Homburg – Die AOK Hessen hat die Versorgung mit onkologischen Zubereitungen (Zytostatika) ausgeschrieben. Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) sieht dadurch die Versorgungsqualität von Krebspatienten in Gefahr.

Nach Angaben des Verbandes betrifft die Ausschreibung etwa 2.800 Patienten, die derzeit ambulant mit zubereiteten Zytostatikalösungen behandelt werden. Der BNHO-Vorsitzende Dr. Stephan Schmitz befürchtet, dass durch die Ausschreibung



Dr. Stephan Schmitz,
BNHO-Vorsitzender

Zytostatika-herstellende Apotheken sukzessive aus dem onkologischen Versorgungsnetz herausfallen. Er warnt vor einem Verlust an Fachkompetenz und erhöhter Fehleranfälligkeit. „Gerade bei hoch-

wirksamen Krebstherapien kann das gravierende Auswirkungen für unsere Patienten haben“, sagt Schmitz.

Schmitz: „Versorgung unnötig gefährdet“

Laut BNHO besteht die Gefahr, dass bei flächendeckenden Ausschreibun-

gen nicht mehr die nahegelegene, erprobte Apotheke den Zuschlag erhält, sondern der günstigste Anbieter, der im schlechtesten Fall 100 Kilometer vom behandelnden Krebspezialisten entfernt ist. Durch lange Anfahrtswege wäre es unmöglich, auf kurzfristige Therapieanpassungen zu reagieren, ohne dass bereits hergestellte teure Zytostatikazubereitungen verworfen werden müssten. Besonders auch im ländlichen Raum führe dies wegen der geringen Versorgungsdichte zu erheblichen Problemen, so der Verband.

Nach Darstellung der AOK Hessen ändert sich dagegen für die Patienten nichts. Diese erhielten dieselben speziell auf sie zugeschnittenen Medikamente, dieselben Wirkstoffe in derselben Zeitspanne wie bislang nach den definierten Qualitäts-Richtlinien, heißt es auf Nachfrage. Die an der Ausschreibung teilnehmenden Apotheken haben der AOK zufolge hohe vertragliche Anforderungen zu erfüllen. „So muss garantiert sein, dass jeder Patient tagesgleich, innerhalb



kurzer Zeit, bei veränderten Blutwerten mit einer neuen Wirkstoffkombination versorgt wird“, so die Kasse. Konkret müssten insbesondere Patienten, deren Blutwerte sich von jetzt auf gleich änderten, mit einer neuen Mixtur innerhalb von 45 Minuten versorgt werden. Dieser Zeitraum

beziehe sich von der Bestellung bis zur Lieferung der Zubereitung in der Praxis. Die AOK weist ergänzend darauf hin, dass man das Land Hessen bewusst sehr kleinteilig – in 24 Ge-

bietslose – aufgeteilt habe. Insofern würden die Zytostatika auch weiterhin in der Region hergestellt, nur eben nicht von allen rund 35 Apotheken, die heute dazu in der Lage seien.

Die Kritik des BNHO sei deshalb nicht gerechtfertigt: Was im Labor passieren, ändere sich nicht. Vertragsbeginn für Hessen ist nach derzeitigem Stand der 1. Oktober 2013. <<<

> Plädoyer für eine bessere Innovationskultur

Berlin – Zu einem guten Klima für Innovationen in Deutschland müssen alle Akteure beitragen. Dafür plädieren Experten bei einer Veranstaltung des Hauptstadtkongresses zum Thema: „Innovationen in der Gesundheitswirtschaft – volkswirtschaftliche Chance oder Belastung?“

Keinen Zweifel gebe es daran, dass Innovationen für eine Volkswirtschaft existenziell seien, hebt Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Mitglied des Sachver-



Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Mitglied des Sachverständigenrates, neben Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des vfa.

ständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hervor und führt beispielhaft die Automobilindustrie an. Im Gesundheitsbereich werde das Thema eher ambivalent gesehen, sagt der Gesundheitsökonom. Greiner nennt das Spannungsfeld zwischen der volkswirtschaftlichen und der gesundheitlichen Komponente, bei der es auch um den Patientenutzen geht. „Welche Innovationen setzen sich durch, müssen wir sie bewerten und wie müssen wir sie bewerten“, seien einige Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellten.

Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), vermisst in Deutschland eine Aufbruchsstimmung beim Thema Innovationen. Natürlich müsse man stets die Machbarkeit im Kopf haben, aber immer nur über Kosten zu reden ist aus ihrer Sicht „ein hochproblematischer Weg“. Deutschland sei durchaus noch attraktiv, „aber wir ruhen uns auf diesem Kissen aus und merken nicht, dass die anderen uns überholen“, mahnt Fischer. Bei der Förderung von Forschung wünsch sich die vfa-Hauptgeschäftsführerin eine bessere Balance von Wissenschaft, Gesundheit und Wirtschaft. Es helfe wenig, wenn beispielsweise jedes Ministerium seine eigenen Entscheidungen treffe. „Wir müssen zu einer konzertierten Aktion kommen“, findet Fischer.



Erfolgreicher nationaler Strategieprozess zur Medizintechnik

Deutschland habe bei Innovationen weltweit einen guten Ruf, hat zu-



Ernst Burgbacher, Parlamentarischer Staatssekretär im BMWi

vor auch Ernst Burgbacher, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium (BMWi), betont. „Das muss uns aber auch wach bleiben lassen.“ Als ein gutes Beispiel für das Zusammen-

wirken der drei Ministerien – Bundesforschungsministerium, Bundeswirtschaftsministerium und Bundesgesundheitsministerium – nennt Burgbacher den Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“.

Er soll dazu beitragen, dass künftig mehr neue Verfahren bei den Patienten ankommen und die Innovationskraft der medizintechnischen Forschung gestärkt wird. Die enge Zusammenarbeit der beteiligten Ministerien soll weiter intensiviert werden. Einen Beitrag für eine bessere Innovationskultur zu leisten, das müsse für alle Akteure gelten, hebt der Staatssekretär hervor. <<<

> AMNOG: Bilanz und Veränderungen

Berlin – Während der GKV-Spitzenverband ein Jahr nach der ersten Preisverhandlung im Rahmen der frühen Nutzenbewertung eine positive Bilanz des Verfahrens zieht, bezeichnet es der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) als „Innovationsbremse“. Unterdessen hat der Bundestag Änderungen am Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) beschlossen.



von Stackelberg: „Mit diesem Gesetz wird bei den neuen Medikamenten die Spreu vom Weizen getrennt.“

Die frühe Nutzenbewertung sei eine „tolle Sache“, lobt Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, auf einer Pressekonferenz in Berlin.

„Mit diesem Gesetz wird bei den neuen Medikamenten die Spreu vom Weizen getrennt.“

Innerhalb eines Jahres seien 21 Erstattungsbeträge zustande gekommen. Davon seien 17 verhandelt worden und vier habe die Schiedsstelle festgesetzt. Zwei Arzneimittel seien wegen des nicht vorhandenen Zusatznutzens vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) direkt in eine Festbetragsgruppe eingruppiert worden. Darüber hinaus hätten vier pharmazeutische Hersteller für ihre Produkte das sogenannte „opt-out-Verfahren“ gewählt – nachdem der G-BA ihnen keinen Zusatznutzen bescheinigt hatte, nahmen sie ihre Präparate vom Markt. Von Stackelberg betont, dass jeder Erstattungsbetrag individuell ausgehandelt werde. Maßgeblich dafür sei der vom G-BA beschlossene Zusatznutzen. Der GKV-Spitzen-

verband geht davon aus, dass durch die 21 Erstattungsbeträge in den Jahren 2012 und 2013 insgesamt rund 120 Millionen Euro eingespart werden. Nach der Einschätzung des vfa wird das AMNOG dagegen als reines Kostendämpfungsinstrument benutzt. „Weder das Verfahren der frühen Nutzenbewertung noch

Fischer: „Weder das Verfahren der frühen Nutzenbewertung noch die Ermittlung von Erstattungsbeträgen laufen gut“

die Ermittlung von Erstattungsbeträgen laufen gut“, sagt vfa-Hauptgeschäftsführerin Birgit Fischer. Der Preis neuer, innovativer Arzneimittel orientiere sich an Preisen von Generika, die schon lange auf dem Markt und deren Investitionskosten längst abgeschrieben seien. So angewandt bestrafe das AMNOG Innovationen. „Ein faires Verfahren sieht anders aus“, konstatiert Fischer.

verband geht davon aus, dass durch die 21 Erstattungsbeträge in den Jahren 2012 und 2013 insgesamt rund 120 Millionen

Klarstellungen zum AMNOG

Der Bundestag hat unterdessen einige Änderungen zum AMNOG beschlossen. Der G-BA erhält künftig mehr Flexibilität bei der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Dies gilt, wenn mehrere Vergleichstherapien aus medizinischen oder Evidenzgesichtspunkten gleichermaßen zweckmäßig sind. In diesen Fällen kann künftig der Zusatznutzen gegenüber jeder der Vergleichstherapien nachgewiesen werden. Damit werde sichergestellt, dass vorhandene Evidenz nicht aus formalen Gründen verloren geht, heißt es in einer Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums. Außerdem haben die Abgeordneten klargestellt, dass sich die Nutzenbewertung von Arzneimitteln auch auf Produkte des Bestandsmarktes erstreckt. <<<



Änderungen zum AMNOG hat kürzlich der Bundestag beschlossen.



> Glossar

Aus dem Wortschatz der Experten

Frühe Nutzenbewertung

Das zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) sieht vor, dass sich neue Arzneimittel regelhaft einer Nutzenbewertung unterziehen müssen. Dafür hat der pharmazeutische Unternehmer ein Dossier vorzulegen, in dem er Belege für den Zusatznutzen in Bezug auf eine „zweckmäßige Vergleichstherapie“ erbringt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist für den gesamten Prozess verantwortlich.

Integrierte Versorgung

Unter Integrierter Versorgung (IV) versteht man eine fach- und sektorenübergreifende (ambulante und stationäre) Versorgung von Patienten. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer kooperieren bei der Behandlung eines Patienten und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Die Krankenkassen schließen hierzu mit allen Beteiligten entsprechende Verträge, die so genannten IV-Verträge.

Klinische Studien

Arzneimittel, Medizinprodukte oder medizinische Behandlungsformen werden in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit überprüft. Die Studien werden mit gesunden Probanden oder Patienten durchgeführt. 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.

Medizinische Ethikkommissionen

Die Aufgabe medizinischer Ethikkommissionen ist es, Forschungsvorhaben, die an Lebewesen durchgeführt werden, aus ethischer, rechtlicher und sozialer Sicht zu bewerten und die Beteiligten an diesen Studien – insbesondere die Teilnehmer – zu schützen. In Deutschland gibt es rund 50 Ethikkommissionen. deren Mitglieder sind in der Regel Mediziner, Naturwissenschaftler, Juristen, Theologen und teilweise auch Patientenvertreter. Sie erstellen ein schriftliches Votum für oder gegen das beantragte Forschungsvorhaben.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Seit 1994 gibt es einen Ausgleich der Risikounterschiede zwischen den Krankenkassen, den so genannten Risikostrukturausgleich (RSA). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde das Verfahren neu ausgestaltet: Im neuen, morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) werden nicht nur Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente, sondern auch der unterschiedlich hohe Versorgungsbedarf von Versicherten mit einer kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheit berücksichtigt.

Multimorbidität

Multimorbidität meint das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen. Sie tritt besonders bei älteren Menschen auf.

Palliative Operationen

Die Palliativmedizin (lat. pallium für Mantel, Umhüllung) kümmert sich um Patienten mit weit

fortgeschrittenen, nicht heilbaren (Krebs-)Erkrankungen und mit begrenzter Lebenserwartung. Eine palliative Operation wird durchgeführt, um die Situation des Patienten zu verbessern, ohne damit seine Krankheit heilen zu können (z.B. Darmverschluss infolge eines Tumors).

Therapieoptimierungsstudien (low-risk-studies)

Sie dienen dazu, bereits bewährte Behandlungen zu verbessern. Ziel der Untersuchung kann sein, eine Behandlung zukünftig besser der individuellen Situation von Patienten anzupassen oder bereits zugelassene Arzneimittel in neuen Kombinationen oder Dosierungen zu prüfen. Auch können mehrere bewährte Therapiearten neu kombiniert werden. Inzwischen werden beispielsweise über 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit malignen Erkrankungen nach den Therapieoptimierungsstudien der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) behandelt.

TRIPS-Abkommen (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)

Das Abkommen soll einen Mindeststandard schaffen, der Betriebsgeheimnisse und die Rechte von Urhebern, Erfindern und Patentinhabern schützt. Gleichzeitig sollen die Inhaber dieser Rechte in die Lage versetzt werden, damit Handel zu treiben. Die Patente in der Pharmaindustrie waren in den vergangenen Jahren größter Streitpunkt zwischen Industrie- und Entwicklungsländern bei der Umsetzung des Abkommens. Quelle: www.bmz.de <<<

Gerechte Gesundheit

Der Newsletter zur
Verteilungsdebatte



Ausgabe 23
August 2013

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

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

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

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



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: BMBF/PT DLR; PAG, Maybaum • Seite 3-5: PAG, Maybaum (5) • Seite 6: vfa, Martin Joppen; GAVI, Doune Porter; GAVI, Riccardo Gangale; GAVI, Ryan Youngblood • Seite 7: PAG, Maybaum (3) • Seite 8: Barmer GEK, Bildschön; Barmer GEK, PAG, Maybaum • Seite 9: BMBF/PT DLR; PAG, Maybaum; Marvin 101, Wikipedia.de • Seite 10: Cognomed, Gunnar Schmidt • Seite 11-12: PAG, Maybaum (2) • Seite 13: Klinikum Nürnberg • Seite 14: Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (Steinhagen-Thiessen); Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II (Wedding); Universitäts KrebsCentrum Dresden (Folprecht); Sanofi Aventis Deutschland GmbH • Seite 15: Siemens AG; PAG, Maybaum • Seite 16: Charité, BIG – BIH, David Ausserhofer; Allianz Deutschland AG, PAG, Maybaum • Seite 17: PAG, Maybaum; Siemens AG; www.ernst-burgbacher.de • Seite 18: PAG, Maybaum; vfa; Deutscher Bundestag, Marc-Steffen Unger