

Wissenschaftspreis der GRPG für einen Gesundheitsökonom

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat am vergangenen Wochenende im Rahmen ihrer Mitgliederversammlung in München den 7. Wissenschaftspreis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten von Nachwuchswissenschaftlern im Gesundheitswesen vergeben. Der Preis ging an Dr. Stephan Ruckdäschel für seine Dissertationsarbeit „Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen: Zur Vereinbarkeit von wettbewerblicher Steuerung und solidarischer Sicherung“.

Dr. Dr. Alexander Ehlers, der Präsident der GRPG, hob seiner Laudatio den hohen wissenschaftlichen Sachverstand der Arbeit Ruckdäschels hervor, der bei Prof. Dr. Peter Oberender promoviert wurde. Es sei, so Ehlers, wichtig, im Gesundheitswesen auch sogenannte Tabuthemen zu problematisieren und einem wissenschaftlichen Diskurs zuzuführen. Mit der Arbeit Ruckdäschels sei ein hoch aktueller Beitrag zur Ausgestaltung des Sicherungssystems, der weitere Forschungsfragen aufwirft. Dr. Stephan Ruckdäschel war von Anfang 1998 bis Ende 2000 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. Peter Oberender und an der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie beschäftigt.

Neue Verträge mit den Kassen Niemals ohne die KV

MÜNCHEN – Mehr Wettbewerb durch ein geordnetes Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen zwischen Ärzten und Kassen hält die KBV durchaus für sinnvoll. Bedingung ist nur: Die KV muss immer dabei sein.

Auf dem Münchner Symposium „Krankenversicherungen vor dem Kollaps?“ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen gab sich KBV-Chef Dr. MANFRED RICHTER-REICHHELM als Verfechter eines Wettbewerbs in Grenzen. Schließlich hat die KBV selbst schon flexible Vertragskonzepte in die Diskussion eingebracht. Als Bedingung fordert sie „eine vernünftige, umsetzbare Struktur zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung“. Im Klartext: Die KV muss stets mit einbezogen sein, weil sonst die flächendeckende Versorgung nicht gesichert ist.

Integrierte Versorgung und Hausarzttarife

Die neue Vertragswelt im Sinne der KBV könnte, falls der Gesetzgeber mitzieht, so aussehen: Als Basis fungiert die kollektivvertraglich von der KV mit den Kassen vereinbarte Regelversorgung mit Kassenarztzulassung und Bedarfsplanung. Bundesmantelverträge und Gesamtverträge regeln die Details – wie jetzt auch. Darauf bauen zwischen Kasse und KV abgeschlossene besondere Versorgungsaufträge mit besonderen Qualitätsanforderungen auf. Daneben gibt es Hausarzttarife, bei denen sich Versicherte bei einem Hausarzt einschreiben und auf freien Zugang zum Facharzt verzichten. Und schließlich sollen sektor-übergreifende Integrationsverträge von Kasse und KV ausgeschrieben werden. Diese Strukturen hätten in Dr. Richter-Reichhelms Augen den Vorzug: Die KV ist immer dabei!

Leistungskatalog wurde aufgebläht

Die Neugestaltung des Leistungskatalogs ist ebenfalls eine alte KBV-Forderung. Vom Gesetzgeber ist da aber eher wenig zu erwarten, meinte GERHARD SCHULTE, Vorsitzender des bayerischen BKK-Landesverbandes. Der GKV-Leistungskatalog hat sich im Laufe von Jahrzehnten von ursprünglich sechs auf jetzt 50 Leistungsarten erhöht, darunter an die 30, die die private Krankenversicherung nicht kennt. Von 1988 bis heute ist der Leistungskatalog fast hundertmal geändert worden, aber meist erweitert statt gekürzt. Hat eine Regierung einmal Leistungen gestutzt, wurden sie nach der Wahl von der nächsten Regierung wieder eingeführt.

Wenn man wirklich etwas ändern will, sagte Schulte, muss die Entscheidung vom Gesetzgeber auf die Selbstverwaltung oder auf die Versicherten verlagert werden. Allzu viel sparen kann man dabei jedoch nicht, so der BKK-Boss. Solidarleistungen als Pflichtleistungen (stationäre und ambulante Behandlung, Arzneimittel, Rehabilitation, Zahnmedizin) machen etwa 80 % der gesamten Leistungsausgaben aus. Auf Solidarleistungen als Gestaltungsleistungen (Heil- und Hilfsmittel, Prävention, Zahnersatz) entfallen 16,5 %. Aus dem GKV-Katalog herauszunehmen sind Leistungen im Umfang von 0,6 % (Sterbegeld, Verbraucherberatung). Sozial-, familien- und bildungspolitische Leistungen sollten von Bund und Ländern finanziert werden; das entspricht etwa 3,4 %. Würden etwa 5 % der aktuellen Ausgaben mit einer Änderung des Leistungskatalogs eingespart, ergäbe das eine Beitragsreduzierung um 0,7 Prozentpunkte. Schultes Kommentar: „Das ist kein Ausweg aus der Finanzierungskrise, aber ein bescheidener Einstieg für eine wünschenswerte Stabilisierung.“ KS

KBV legt neues Konzept vor

Weniger Honorar für schlechte Ärzte

Wie lange wird es die KVen noch geben? Die derzeitige Politik will den KV-Einfluss drastisch beschneiden und die Ärzte unter dem Motto „mehr Wettbewerb“ der Nachfragemacht der Kassen ausliefern. Ob die nunmehr gestärkte Opposition sich dagegen wehren will, ist zweifelhaft. Auch sie spricht von mehr Wettbewerb unter den Ärzten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sucht nach Rezepten zum Machterhalt - unterschiedliche Honorare für Niedergelassene sollen helfen.

Ende Januar bekannte KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in München: Die KBV sagt ja zu mehr Wettbewerb. Aber mit der Einschränkung: „nur da, wo er sinnvoll ist“. Er wolle auf keinen Fall amerikanische Verhältnisse, warnte Richter-Reichhelm. Das Risiko Krankheit dürfe nicht dem freien Wettbewerb ausgeliefert werden.

Honorar nach Qualität des Arztes...

Aber Wettbewerb der Ärzte um mehr Qualität ist auch im Sinne der KBV. Sie will positive Anreize durch Differenzierung schaffen. Für bessere Qualität soll es auch besseres Honorar geben - und umgekehrt.

Praktisch sieht das KBV-Konzept so aus: Basis für die Regelversorgung soll ein Kollektivvertrag sein. Er betrifft die Kassenarzt-Zulassung und die Bedarfsplanung. Darauf bauen verschiedene Vertragsvarianten auf, an denen Kasse und KV immer beteiligt sein sollen, wie besondere Versorgungsaufträge, die spezielle Qualitätsvoraussetzungen von den Ärzten verlangen und dementsprechend auch vergütet werden. Auch die Hausarzt-Tarife, bei denen sich Versicherte bei einem bestimmten Hausarzt einschreiben und auf den freien Zugang zum Facharzt verzichten, gehören dazu. Und es soll auch Einzelverträge geben, die von Kasse und KV ausgeschlossen werden. Das sind weniger Verträge zwischen Kasse und einzelnen Ärzten, sondern mit Praxis-Netzen bzw. integrierten Versorgungsformen.

...aber keine verfallenden Punktwerte!

Funktionieren kann das alles nach Richter-Reichhelm nur, wenn die Honorarbudgets abgeschafft werden und die Vergütung der Ärzte in Euro und Cent geschieht. „Damit bekommen wir die Transparenz, die wir alle haben wollen: Patienten, Kassen und Ärzte“, argumentierte er in München.

KS

"Black Box Gesundheitssystem"

Ingrid Müller

Das Gesundheitssystem steht kurz vor dem Kollaps. Jetzt hat Ministerin Ulla Schmidt ein Eckpunktepapier vorgelegt. Es bedeutet tiefe Einschnitte - für alle. Der "große Wurf" oder nur erste Schritte aus der Krise?

Nach der Wahlschlappe in Niedersachsen und Hessen tat Gesundheitsministerin Ulla Schmidt etwas, womit niemand mehr so schnell gerechnet hatte: Sie legte ein Eckpunktepapier zur Modernisierung des Gesundheitswesens vor. Acht Maßnahmen, so der Plan der Ministerin, sollen mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit bringen. Eine Strukturreform für das marode Gesundheitssystem ist längst überfällig, nach vielen Jahren Untätigkeit, selbst wenn sie "Einschnitte bedeutet und Unruhe ins System bringen wird", prognostiziert der Rechtsanwalt Dr. Dr. Alexander Ehlers von der Ludwig-Maximilians-Universität München auf einer Pressekonferenz der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. in München.

Rund 250 Milliarden Euro pro Jahr verschlingt der Gesundheitsmarkt in Deutschland, jährlich wächst er um acht bis zehn Prozent. Welche Wege das Geld der Beitragszahler allerdings nimmt, in welchen Kanäle welche Summen verschwinden, weiß niemand wirklich genau. "Das Gesundheitssystem ist eine Black Box", sagt Rechtsexperte Ehlers. "Was darin passiert, wissen wir nicht." Tatsache ist, dass die Kassenbeiträge steigen, Kliniken auf Notbetrieb umstellen, Patienten vor verschlossenen Arztpraxen stehen oder - wie in Bayern - Zahnärzte sie nur noch auf Rechnung behandeln. Die Kassen sind leer, die Patienten sauer, die Ärzte auf Konfrontationskurs zur Regierung. "Das Gesundheitssystem ist so nicht mehr finanzierbar", stellt der Wirtschaftsfachmann Prof. Peter Oberender von der Universität Bayreuth fest.

Löcher in den Kassentöpfen

Dass das Gesundheitssystem viel zu teuer und ineffizient ist, hatte der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schon im Jahr 2001 bemängelt. Fehlende Transparenz und mangelnde Qualität bescheinigten die "Gesundheits-Weisen" dem deutschen System in ihrem Gutachten. Passiert ist seitdem nicht viel, obwohl seit Jahren bekannt ist, warum die Kosten explodieren und Kassenbeiträge klettern: Die Bevölkerung altert, es gibt immer weniger Beitragszahler, die Medizin entwickelt sich zur kostenintensiven High-Tech-Medizin und aus den Kassentöpfen werden sachfremde Leistungen finanziert. "Rund sechs bis sieben Milliarden Euro", so schätzt Gerhard Schulte, Vorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern, "werden für ganz andere Leistungen ausgegeben." Die gesetzlichen Kassen würden für familienpolitische Aufgaben wie künstliche Befruchtungen oder Schwangerschaftsabbrüche genutzt, die eigentlich aus Steuermitteln finanziert werden müssten, sagt Ehlers.

Umstritten: Stiftung Warentest der Gesundheit

Ein Kernpunkt der SPD-Reformvorschläge ist das "Zentrum für Qualität in der Medizin" - eine Art Stiftung Warentest im Gesundheitswesen. Damit will die Ministerin mehr Transparenz für die Patienten schaffen, damit sie besser wissen "was läuft". Jeder könne sich heute informieren, wo es die besten Autos oder Kochtöpfe gebe, nicht aber, wo die Qualität in der ärztlichen Versorgung am besten sei. Das Zentrum soll verständliche Auskünfte über Ärzte, Behandlungsmethoden oder Medikamente liefern. Der Marburger Bund kritisierte, das geplante Qualitätszentrum sei ein Bürokratiemonster. Es solle Qualitätsprobleme erkennen, die schon längst bekannt seien.

Patienten: "Versicherte mit Vollkasko-Mentalität"

Auch für die Patienten wird es Einschnitte geben. Im Moment enthalte das System "falsche Anreizstrukturen", glaubt Oberender. Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten wird nicht belohnt. Die Versicherten hätten eine

"Vollkasko-Mentalität", kritisiert der Experte, weil sie im Bedarfsfall maximale Leistungen forderten. Ministerin Schmidt will deshalb die Teilnahme an Präventionsprogrammen oder Gesundheits-Checks belohnen.

Neu regeln will sie auch die Zuzahlungen für Arzneimittel. Die Patienten sollen sich in Zukunft prozentual am Preis der Medikamente beteiligen. Allerdings sollen sie die Höhe der Zuzahlungen selbst steuern können, beispielsweise durch Verzicht auf die freie Arztwahl oder Teilnahme an Vorsorge-Checks. Experten halten es für zumutbar, dass sich Patienten bis zu einem gewissen Betrag an den Kosten für Arzneimittel beteiligen. Mehr noch: Es sei durchaus denkbar, sich an jedem Arztbesuch zu beteiligen, so Ehlers. In Frankreich sei dies bereits gängige Praxis, die Arzt-Patienten-Kontakte seien dort wesentlich niedriger. "Und die Patienten sind deshalb auch nicht kränker", weiß Ehlers.

Ärzte: Zahl wird sinken

Hausärzte sollen Lotsen im Gesundheitswesen werden, Kliniken sich stärker für ambulante Dienste öffnen. Konsequenz: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte wird sinken, "um etwa 20 Prozent", schätzt Ehlers. Eine Entwicklung, die Ärzteverbände auf keinen Fall erfreuen dürfte. Dabei ist die Ärztedichte in Deutschland relativ hoch. Das Statistische Bundesamt berichtet in den "Eckzahlen zum Gesundheitswesen", dass die Zahl der Ärzte im Jahr 2000 um 132 Prozent über der Zahl von 1970 gelegen habe. Gleichzeitig will Schmidt nach dem Vorbild der DDR-Polikliniken Gesundheitszentren einrichten, um die Patienten "aus einer Hand" zu versorgen.

Ärzte sollen sich in Zukunft fortbilden. Nur dann, so Schmidt, dürften sie gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Sie setzt außerdem auf Patientenquittung und elektronische Gesundheitskarte, die schrittweise bis Anfang 2006 kommen soll. Alle Behandlungen, Überweisungen, Rezepte und Notfalldaten sollen darauf gespeichert sein. Welche Leistungen die Ärzte erbringen und welche sie tatsächlich abrechnen, soll in Zukunft klar erkennbar sein. Derzeit rechnen Ärzte die Leistungen nicht direkt mit den Kassen, sondern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ab. Eine Kontrolle ist für die Kassen so kaum möglich. Welche Auswüchse das haben kann, zeigte ein Bericht des ARD-Magazins "Panorama" (16.1.2003): Mehrere Ärzte hätten Leistungen für Patienten abgerechnet, die schon Monate oder sogar Jahre tot waren. Die Kassen hatten keine Ahnung und auch wenig Chancen, den Betrug zu entdecken.

Kassen: Leistungskatalog entrümpeln

Experten fordern auch, den Leistungskatalog der Kassen zu überarbeiten und zu entrümpeln, z.B. die Mutter-Kind-Kuren aus Steuermitteln zu finanzieren. BKK-Vorsitzender Schulte wünscht sich mehr Gestaltungsfreiheiten für die Kassen, mehr Wettbewerb und mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Die Politik müsse einen Regelleistungskatalog definieren, so Experte Oberender, der aber niemand aufgrund eines zu geringen Einkommens ausschließen dürfe. Darüber hinaus müssten individuelle Wahlleistungen möglich sein. Auch die Techniker Krankenkasse (TK) würde gerne Tarife mit Eigenbeteiligung anbieten. Das Strategiepapier der Union geht in eine ähnliche Richtung. Ulla Schmidt hält davon allerdings wenig und am Solidaritätsprinzip fest.

Kliniken: Deutsche liegen am längsten

Die Krankenhauskosten will Schmidt über die Fallpauschalen - die Abrechnung nach Krankheitsarten - in den Griff bekommen. Die stationäre Krankenversorgung sei einer der größten Posten auf der Ausgabenseite, berichtet das Informationszentrum Sozialwissenschaften in Bonn. Mit durchschnittlich 9,6 Tagen lagen die Deutschen im Jahr 2000 am längsten im Krankenhaus, ergab ein Vergleich unter 30 OECD-Ländern. Am wenigsten Zeit verbrachten Menschen aus den nordischen Ländern in der Klinik: Norwegen mit sechs, Schweden mit fünf und Finnland mit nur 4,4 Tagen. Die Konsequenz aus den Sparmaßnahmen ist, dass viele, wenig rentable Kliniken schließen müssen. Konsequenzen befürchten Ärzte vor allem für Kinderkliniken. Von derzeit 400 Krankenhäusern würden nur 300 überleben, schätzt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Arzneimittelhersteller: Not amused

Auch an die Ausgaben für Arzneimittel will Schmidt ran: Das Qualitätszentrum solle den Nutzen von Therapien und die Kosten für Arzneimittel bewerten. Damit will sie den

angeblichen Scheininnovationen an den Kragen, die nur unwesentlich besser, "aber maximal teurer" seien. Nicht begeistert zeigte sich der Verband Forschender Arzneimittelhersteller, der den schnellen Zugang der Patienten zu modernen Medikamenten gefährdet sieht. Auch Versandapotheken will die Ministerin zulassen und den Apotheken virtuelle Konkurrenz verschaffen.

Das Eckpunktepapier ist noch nicht schlüssig und sicher nicht der "große Wurf", wie die Ministerin verkündete. Aber ein Ansatz, über den es zu verhandeln gilt. Um die Zustimmung der Opposition kommt die Ministerin ohnehin nicht herum. Bis Mai 2003 will Ulla Schmidt jedenfalls ein Gesamtkonzept vorlegen, in das auch die Ergebnisse aus der Rürup-Kommission einfließen sollen. Klappt das nicht, wird es nichts mit der großen Reform im Jahr 2004. Die Luft ist dünn für Ulla Schmidt, weil die Reform kommen muss - soll das System nicht kollabieren. Oberender glaubt: "Nur der ökonomische Zwang bringt Veränderung." Manchmal auch der Druck der Wähler.

Ärzte Zeitung, 03.03.2003

KBV-Chef für Entrümpelung

Änderung des GKV-Katalogs gilt als unwahrscheinlich

MÜNCHEN (sto). Eine Befreiung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von versicherungsfremden Leistungen hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Manfred Richter-Reichhelm, gefordert.

Klassisches Beispiel seien die Mutter-Kind-Kuren, die zwar äußerst sinnvoll seien, die aber eine gesellschaftspolitische Aufgabe darstellten und deshalb nicht in die Krankenversicherung gehörten, erläuterte Richter-Reichhelm bei einem wissenschaftlichen Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zum Thema "Krankenversicherungen vor dem Kollaps?" in München. Ähnliches gelte für die Reproduktionsmedizin. Wenig Hoffnung, daß sich der Gesetzgeber zu einer grundlegenden Überarbeitung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung entschließen wird, äußerte der Vorstandsvorsitzende des BKK Landesverbands Bayern, Gerhard Schulte. Die Erfahrung der vergangenen 14 Jahre zeige, daß Erweiterungen umfangreicher ausfallen als Einschränkungen. Für einen Systemwechsel im Gesundheitswesen sprach sich der Bayreuther Gesundheitsökonom Professor Peter Oberender aus. Nach seiner Ansicht sollte eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt werden, die nicht an das Arbeitsverhältnis anknüpft. Der Arbeitgeberanteil der Sozialversicherungsbeiträge sollte ausbezahlt werden.

Arzneimittel Zeitung, 6. März 2003

GRPG-Wissenschaftspreis

Auszeichnung wurde von Lilly gesponsert

München (de). Der 7. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wurde anlässlich der GRPG-Mitgliederversammlung verliehen. Der Preis ist mit 5000 € dotiert und wurde von Lilly Deutschland gesponsert.

Ausgezeichnet wurde Dr. Stephan Ruckdäschel für seine Dissertation „Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen - Zur Vereinbarkeit von wettbewerblicher Steuerung und solidarischer Sicherung“. Der Autor kommt in seiner Arbeit zu dem Schluß, daß wettbewerbliche Steuerung und solidarische Sicherung durch das Eigeninteresse der Menschen motiviert sind und dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung folgen. Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen seien durchaus miteinander vereinbar. Ruckdäschel ist derzeit bei der Pfizer GmbH für die Betreuung des Bereichs Versorgungsforschung und Kooperation als Manager Disease-/Care Management zuständig.

Preisgekrönte Dissertation

MÜNCHEN (eb). Dr. Stephan Ruckdäschel ist mit dem 7. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) ausgezeichnet worden. Er erhielt den mit 5000 Euro dotierten Preis für seine Dissertation zum Thema „Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen - Zur Vereinbarkeit von wettbewerblicher Steuerung und solidarischer Sicherung“. Seine These: Wettbewerb und Solidarität schließen sich nicht aus.

Schnelle Bewertung unmöglich

Jürgen Bausch hält nichts von einem Qualitätszentrum

FRANKFURT/MAIN (fuh). Der frühere hessische KV-Chef und Arzneimittelexperte Dr. Jürgen Bausch hält nichts von einem von Ministerin Ulla Schmidt geplanten Zentrum für Qualität in der Medizin. Neue Arzneimittel müssten für Patienten rasch verfügbar sein, deshalb sei eine schnelle Bewertung notwendig, sagte Bausch bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen. Er habe Zweifel, ob ein Qualitätsinstitut dies leisten könne. In mehreren anderen Ländern werde die Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch Institute oder ähnliche Institutionen bereits praktiziert. Dabei, so Bausch, habe es jedoch keine erkennbar verminderten Kostenanstiege bei Arzneimitteln gegeben.

Zweifel, ob Qualitätsinstitut Ärzten helfen kann

Arzneiexperte Bausch glaubt nicht, daß effektive Arbeit möglich ist / SPD-Ärztin Ober warnt vor hohen Erwartungen

FRANKFURT/MAIN (fuh). "Unnötig, bürokratisch, unausgegoren": Die Vorbehalte gegen das "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin", das Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gründen will, wachsen weiter. Das ist bei einem wissenschaftlichen Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Frankfurt deutlich geworden.

Dr. Jürgen Bausch, Arzneimittelexperte und Ehrenvorsitzender der KV Hessen, machte beim Symposium deutlich, daß er nicht an den Erfolg des Instituts glaubt. Das Gremium stehe vor Herausforderungen, die kaum zu bewältigen seien, sagte er, und erläuterte dies am Beispiel der Chemotherapie bei Brustkrebs. In den EU-Ländern Großbritannien, Spanien, Italien, Frankreich und Deutschland werden verschiedene zytostatisch wirksame Substanzen eingesetzt. "Die Therapieregimes in diesen Ländern sind vollkommen unterschiedlich", sagte Bausch: "Ich kann mir nicht vorstellen, daß ein noch so gut arbeitendes und besetztes Gremium innerhalb kurzer oder längerer Zeit etwa im Bereich der Onkologie zu einem Konsens über Empfehlungen kommen kann, die Versorgung bei uns tatsächlich verbessern werden."

Es komme auf schnelle Entscheidungen an, sagte Bausch. "Patienten müssen die Chance haben, daß ihnen neue und gut wirksame Medikamente schnell zur Verfügung stehen." Die Bewertung durch das Institut setzt allerdings hohe wissenschaftliche Standards voraus, und das bedeutet: die Arbeit braucht Zeit. "Das alles kann nicht zueinander passen, ist Bausch überzeugt, "ich kann mir nicht vorstellen, daß dieses Institut funktioniert".

Der Regierungsentwurf sieht vor, daß 49 maßgebliche Institutionen und Verbände des Gesundheitswesen als Mitglieder eines Kuratoriums im Institut für effektive Arbeit sorgen. Dazu gehören neben Vertretern der Bundesärztekammer, der KBV und der Kassen zum Beispiel auch Behindertenverbände, Selbsthilfegruppen oder die Gewerkschaften.

Diese Vielfalt ist es, die auch Erika Ober, Ärztin und Bundestagabgeordnete der SPD, nicht unproblematisch findet. Für den Sinn eines unabhängigen Instituts kann sich die Medizinerin durchaus erwärmen "Es geht nicht primär um finanzielle Bewertungen, verteidigt sie das Projekt, "es geht um objektiven therapeutischen Nutzen." Aber die Ärztin weiß auch, daß die Abgabe von Empfehlungen und Einschätzungen extrem schwierig ist. "Ich kann mir nicht vorstellen, wie das funktionieren soll", räumt sie ein, "vielleicht werden hier etwas hohe Erwartungen geweckt, die nicht zu erfüllen sind."

In der Union und bei den Liberalen, auch das wurde in Frankfurt deutlich, hat das Institut keine Chance. "Wir brauchen es nicht", sagte Birgit Naase, Referentin der FDP für Gesundheitspolitik. In einer Zeit, in der es immer stärker darauf ankomme, für jeden Patienten eine individuelle pharmakologische Therapie anzubieten, würde das Institut die völlig falschen Signale setzen, sagte die FDP-Sprecherin.

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Wolf Bauer will weiter primär die Ärzte entscheiden lassen, wenn es um die Auswahl von Medikamenten für Patienten geht. "Ärzte sind gut ausgebildet", sagt er, "es kann nicht sein, daß sie mit Disease-Management-Programmen und immer neuen Richtlinien permanent neue Vorgaben übergestülpt bekommen." Bauer ließ in Frankfurt keinen Zweifel: Das System braucht mehr Freiheit und Wettbewerb. Auf ein Qualitätsinstitut kann es gut verzichten.

Der Arbeitsentwurf atmet Misstrauen

Gisela Stieve, Frankfurt / Wenig Annäherung und Einsicht gab es zwischen den Diskussionsteilnehmern eines Podiums am 28. Mai in Frankfurt zum Thema „Arzneimittelversorgung zwischen Steuerung und Markt“. Veranstalter war die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen.

Unter der Leitung von Professor Dr. Eberhard Wille, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, bekräftigten Politiker und Leistungserbringer ihre Positionen. Neutral waren die Darstellungen der Wissenschaftler, die sich auf theoretische Betrachtungen und die Datenlage beziehen konnten.

Die Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln beschrieb Wille plausibel: Die Menge sinkt, die Preise bleiben gleich, aber die Gesamtkosten steigen. Grund dafür sei der Struktureffekt, wonach immer mehr günstige Arzneimittel von innovativen teureren ersetzt werden. Gleichzeitig sähen sich die Vertragsärzte unter erheblichem wirtschaftlichen Druck, sagte Dr. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Auf der Suche nach neuen Sparpotenzialen sei die ökonomische Nutzenbewertung von Arzneimitteln aufgebracht worden. „Unabhängig davon, wer in Zukunft derartige Nutzenbewertungen vornehmen wird, muss man wissen, dass dies ein sehr aufwendiger und Zeit raubender Prozess ist, der sehr viel Expertenkenntnisse benötigt und nur dann eine Sparwirkung entfalten kann, wenn alle Ärzte in Klinik und Praxis verbindlich nach den Empfehlungen handeln müssen“, erklärte Bausch. Dabei seien wettbewerbsrechtliche Auseinandersetzungen mit der Industrie ebenso programmiert wie ein steigender Einfluss des Staates auf die Therapie der Ärzte. Länder, die bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch Institute oder ähnliche Institutionen der Bundesrepublik voraus seien, hätten keine erkennbaren Sparerfolge bei Arzneimitteln zu verzeichnen.

Aus ökonomischer Sicht müssten bei Fragen des Gesundheitswesens immer zwei Dimensionen betrachtet werden, sagte Professor Dr. Oliver Schöffski, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der Universität Erlangen-Nürnberg: das potenzielle medizinische Ergebnis sowie die zur Erlangung dieses Ergebnisses eingesetzten und mit Preisen bewerteten Ressourcen. Während die zweite Größe, die Kosten, relativ einfach und mit einer akzeptierten Methodik zu quantifizieren sei, bestünden bei der Quantifizierung des medizinischen Ergebnisses größere Probleme. Dies mache die Bewertung neuer Sparmaßnahmen so schwierig, weil die Auswirkung auf das medizinische Ergebnis oft mehr Vermutung als nachweisbares Fakt sei.

Für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung stellte Sonja Optendrenk die Ziele der Gesundheitsreform dar. Die qualitativ hochwertige Versorgung zu angemessenen Kosten müsse gesichert werden. Und die Effizienz sei zu steigern durch die Reduzierung von medizinisch nicht notwendigen Leistungen sowie die Nutzung der Vorteile von Liberalisierung und Wettbewerb. Das geplante Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin solle staatsneutral und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft agieren. Es gelte Schritttinnovationen zu Sprungpreisen zu verhindern und dafür zu sorgen, dass es keine Zeitverzögerung zwischen der Zulassung eines neuen Medikaments und seiner Verordnungsfähigkeit gebe.

Auf Zustimmung traf der Vorschlag der Apotheker zu einem neuen Honorierungssystem, das aus einem preisabhängigen Zuschlag und einem preisunabhängigen Honorar besteht. Mit dem Ziel, einen Preiswettbewerb zum Wohle des Patienten zu initiieren, soll es nach den Worten von Optendrenk keine gesetzlich festgelegten Handelsspannen mehr für Apotheken und Großhandel geben. Der Mehrbesitz soll die Wirtschaftlichkeit verbessern, indem Synergien genutzt werden können.

„Synergieeffekte können auch ohne eine Aufhebung des Mehrbesitzverbotes greifen“, konterte Magdalene Linz, Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen. Darüber sei nur noch nicht ausreichend gesprochen worden. Und davor, dass Wettbewerb das Allheilmittel für ein krankes Gesundheitswesen sei, hätten schon berufene Leute eindringlich gewarnt - unter anderem Marc Roberts von der Harvard-Universität, der Doktorvater von Professor Dr. Karl Lauterbach.

Linz hielt dem Podium offensiv die Vorurteile vor Augen, mit denen Apotheker und das Apothekenwesen immer wieder konfrontiert werden: zu teuer, Monopolisten, ewig Gestrige, akademische Schubladenzieher. Dies sei alles Makulatur. „Nur mit diesem Apothekensystem können wir Arzneimittelsicherheit, Verbraucherschutz und Bürgernähe garantieren“, so Linz. „Die Bürger mögen uns und fühlen sich bei uns wohl.“ Das hätten sie vergangenes Jahr eindrucksvoll mit 7,7 Millionen Unterschriften bekundet. Darüber hinaus seien die Apotheker keineswegs nur der Vergangenheit verbunden. Sie hätten eine Reihe von Vorschlägen zur Modernisierung und

Verbesserung der Arzneimittelversorgung gemacht, unter anderem die Patientenkarte mit elektronischem Rezept, Pharmazeutische Betreuung zur Steigerung der Compliance, Interaktions-Checks, Hausapothekenmodell, das Qualitätsmanagement für Apotheken und das Angebot, in Disease-Management-Programmen mitzuwirken.

Vor weiteren Reglementierungen und Liberalisierungen warnte Dr. Wolf Bauer, MdB, CDU. Beides führe nicht zwangsläufig zu mehr Kostenbewusstsein. Ein preisunabhängiges Apothekerhonorar hält er für gut. Es dürfe aber nicht zu einer Freigabe der Preise für OTC-Präparate kommen, weil sie genauso beratungsintensiv seien wie verschreibungspflichtige Arzneimittel. Bauer erinnerte auch an eine Vielzahl von Dienstleistungen wie Nacht- und Notdienste oder die Herstellung von Rezepturen, die nur die öffentliche Apotheke leisten kann. Deshalb müssten diese guten, bewährten, mittelständischen und freiberuflichen Strukturen erhalten bleiben.

„Der Arbeitsentwurf atmet Misstrauen gegen alle Beteiligten im Gesundheitswesen«, befand Birgit Naase, FDP. Die vorgeschlagenen Maßnahmen seien allesamt nicht geeignet, die Qualität zu verbessern. Es handele sich um „ein nicht zueinander passendes Sammelsurium von Maßnahmen“. Sie vermutet, dass das Ministerium alle dirigistischen Eingriffe in den Entwurf aufgenommen habe, mit der Hoffnung, dass von acht drei übrig bleiben. /

Deutsches Ärzteblatt, 10. Oktober 2003

Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) - verliehen anlässlich der Mitgliederversammlung der GRPG in München an Dr. rer. pol. Stephan Ruckdäschel, Bretten, für seine Dissertation „Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen - Zur Vereinbarkeit von wettbewerblicher Steuerung und solidarischer Sicherung“. Der mit 5 000 Euro dotierte Preis wurde von Lilly Deutschland gestiftet.

Fortschritt in der Medizin kann Kosten sparen

Fachtagung stellt Beispiele für kostensparende Innovationen vor / Beispiele Tissue Engineering und Telematik

MÜNCHEN (sto). Der medizinische Fortschritt gilt allgemein als eine von mehreren Ursachen für die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen. Innovationen im Gesundheitswesen könnten zumindest in einigen Bereichen auch Einsparungen bewirken, so das Fazit einer Fachtagung in München.

Große Hoffnungen setzen Wissenschaftler auf die Stammzellforschung, mit deren Hilfe sich neue Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ergeben könnten, berichtete der Kardiologe Dr. Wolfgang-Michael Franz vom Münchner Universitätsklinikum Großhadern bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). In Versuchen mit Stammzellen aus verschiedenen Körpergeweben sei es prinzipiell gelungen, über eine Regeneration von Herzmuskelzellen eine Verbesserung der Pumpfunktion des Herzmuskels zu erreichen, berichtete Franz. Auf diese Weise könnten Herztransplantationen und eine Dauermedikation für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz künftig vermieden und die entsprechenden Ausgaben eingespart werden. Franz räumte ein, daß die Forschungen erst am Anfang stehen und eine klinische Anwendung noch nicht in Sicht ist.

Auch die Entwicklung im Tissue Engineering, also die Züchtung von körpereigenem Gewebe, könnte die Versorgung verbessern, sagte Professor Augustinus Bader vom Biotechnologisch-Biomedizinischem Zentrum (BBZ) der Universität Leipzig. Kurz vor der klinischen Anwendung stehe die Züchtung von Knochenersatz. Auch die Entwicklung mitwachsender Herzklappen sei weit fortgeschritten. Diese Herzklappen würden vor allem Kindern mit einem angeborenen Herzfehler zugute kommen, die derzeit noch alle zwei Jahre mit einer neuen Herzklappe versorgt werden müssen. Mitwachsende Herzklappen könnten den Kindern nicht nur viele Operationen ersparen, sondern würden auch deutlich Kosten sparen.

Auf dem Gebiet der Informationstechniken befinde sich das Gesundheitswesen noch immer in der Steinzeit, erklärte der Präsident der Internationalen Gesellschaft für Telemedizin, der Regensburger Chirurg Professor Michael Nerlich. Statt Patienten durch unnötige Transporte zu belasten, sei es heute technisch möglich mit Hilfe der Telekonsultation Patienten aus der Ferne zu beobachten. Auf diese Weise könne das Expertenwissen in den Zentren auch den Ärzten vor Ort zur Verfügung gestellt werden. Allein durch die Vermeidung unnötiger Krankentransporte ließen sich bis zu 500 Millionen Euro sparen, sagte Nerlich.

Einsparungen von jährlich 180 Millionen Euro erhofft sich das Bundesgesundheitsministerium von der Einführung des elektronischen Rezeptes, sagte der zuständige Referatsleiter Dr. Gottfried Dietzel.

Durch die Überprüfung von Arzneimittelinteraktionen, die dann besser als bisher möglich sein werde, könnten jährlich weitere 1,25 Milliarden Euro an Ausgaben vermieden werden, glaubt Dietzel. Das elektronische Rezept werde den Anstoß für weitere Anwendungen mit elektronischen Medien im Gesundheitswesen geben.