

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. hat zum neunten Mal ihren Wissenschaftspreis vergeben. Die mit 5000 Euro dotierte Auszeichnung teilen sich der Arzt und Rechtsanwalt Dr. Adern Koyuncu und Dr. Jonas Schreyögg, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der TU Berlin. Gestiftet wird das Preisgeld dieses Jahr von Lilly Deutschland und MSD Sharp und Dohme. Koyuncu wird geehrt für seine Arbeit „Das Haftungsdreieck Pharmaunternehmen/ Arzt/Patient - Verschulden und Mitverschulden bei der Haftung für Arzneimittelschäden“.

Schreyögg erhält die Auszeichnung für eine Arbeit über Gesundheitssparkonten als einer Option zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Einführung der Gesundheitskarte will keiner ein Toll-Collect-Desaster erleben Der Termin ist nicht so wichtig

Der 1. Januar 2006 als Zeitpunkt für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist nach Ansicht der Ersatzkassen „nicht so wichtig“. Entscheidend sei, dass die Gesundheitskarte von Anfang an funktioniert und absolut sicher ist, betonte die Vorstandsvorsitzende des Ersatzkassenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, bei einer Fachtagung in Potsdam.

„Alles andere wäre fatal und nicht förderlich für die Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte“, sagte Pfeiffer. Die neue Gesundheitskarte müsse so sicher sein „wie der elektronische Bankenverkehr“, forderte sie angesichts von Zweifeln zur Datensicherheit, die in jüngster Zeit geäußert worden sind, bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Jegliche Vergleiche mit dem Maut-System Toll-Collect wies Pfeiffer jedoch zurück. „Die elektronische Gesundheitskarte muss vom ersten Tag an reibungslos funktionieren“, sagte sie. Denn betroffen sei in diesem Fall praktisch die gesamte Bevölkerung. „Da dürfen wir uns nicht vertun.“

Die elektronische Gesundheitskarte sei lediglich das Medium für ein gewaltiges Infrastruktur- und Vernetzungsprojekt, mit dem das deutsche Gesundheitswesen auf einen modernen Stand gebracht werden soll, erläuterte der Leiter der Projektgruppe Telematik-Gesundheitskarte im Bundesgesundheitsministerium, Norbert Paland. Dabei werde die Umstellung auf das elektronische Rezept als Pflichtanwendung in einem ersten Schritt der Einführung den Weg für den Aufbau der neuen Strukturen bahnen. Alle anderen Anwendungen, wie die Speicherung von Notfalldaten, die mit der elektronischen Gesundheitskarte später einmal möglich sein sollen, seien dagegen freiwillig, erklärte Paland. Bis zu einer elektronischen Patientenakte würden daher noch einige Jahre vergehen.

Mit der neuen elektronischen Gesundheitskarte solle mit Hilfe von Passbild, Geheimnummer und Kopierschutz vor allem auch der derzeit noch mögliche Missbrauch der Krankenversichertenkarte verhindert werden, erläuterte Paland. sto

Bei der Nutzenbewertung sind Patienten oft eine Randgröße Wissenschaftlich-medizinische Kriterien dominieren Entscheidungen im Bundesausschuß / Sachverständige: Patientensicht stärker berücksichtigen!

FRANKFURT/MAIN. Soll eine neue therapeutische Maßnahme zur Kassenleistung werden, so geht kaum ein Weg am „kleinen Gesetzgeber“, dem Gemeinsamen Bundesausschuß (GBA), vorbei. Dort wird - nach oft umstrittenen Kriterien - entschieden, was von therapeutischem Nutzen für die Patienten ist. Für Professor Gisela C. Fischer, Mitglied im Rat der Gesundheitsweisen, werden Kriterien aus der Sicht der Patienten vom GBA zu wenig berücksichtigt.

Von Florian Staeck

Rollstühle stehen ungenutzt in der Ecke, Hörgeräte liegen in der Schublade, Arzneimittel landen im Müll oder werden im Schrank gelagert. Dies sind nach Ansicht der Allgemeinärztin Dr. Gisela Fischer vorhersehbare Reaktionen von Patienten, wenn die Bedürfnisse des einzelnen Patienten bei der Verordnung nicht ausreichend beachtet werden: „Entscheidend ist: Welche individuelle Bedeutung hat eine medizinische Maßnahme für den einzelnen Patienten“, sagt Fischer der „Ärzte Zeitung“.

Bei der Nutzenbewertung zählen nicht nur medizinische Kriterien

Ihre Antwort: Soll der Nutzen von Innovationen bewertet werden, so ist dieser Prozeß nicht nur von wissenschaftlich-medizinischen, sondern auch von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren abhängig. Wird das bei der Verordnung ignoriert, dann landet ein Rollstuhl eben in der Ecke, weil er für den einzelnen Patienten in seinen individuellen Lebensumständen - etwa weil die Türen im Altbau zu eng sind - nutzlos ist. Fischer sagte bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zum Thema „Innovation und Nutzen: Wer entscheidet über die Zukunft?“ in Sulzbach bei Frankfurt: „Je mehr sich die Innovationsbewertung auf den einzelnen Kranken bezieht, desto wichtiger werden die Kontextfaktoren ihrer Anwendung.“ Ein hochmodernes Hörgerät nützt eben wenig, wenn ein Rheuma- oder Parkinson-Patient nicht die winzigen Bedienungsrädchen am Hörgerät justieren kann.

Eine Innovation hilft bei der Verwirklichung von Lebenszielen

Die Kriterien, mahnte Fischer, die aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zur Bewertung von Innovationen herangezogen würden, seien aus Sicht von Patienten oft unzureichend. Was nützt einem alten Menschen ein innovatives Arzneimittel, wenn die Einnahme in der verordneten Dosierung das Teilen der Tablette voraussetzt - dies für einen motorisch eingeschränkten Menschen aber kaum zu bewältigen ist?

Eine Innovation aus Sicht der Patienten sei das, was sie bei der Verwirklichung ihrer Lebensziele unterstützt, sagte Fischer, die bis Ende 2003 Lehrstuhlinhaberin für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover gewesen ist.

Eine Innovation aus Sicht der Patienten könne mehrere Dimensionen haben - zum Beispiel das erleichterte Selbst-Management einer Krankheit durch die eigenständige Messung klinischer Parameter. Oder eine verbesserte Applikationsart, die dazu führt, daß ein Arzneimittel seltener eingenommen werden muß.

Voraussetzung für eine Nutzenbewertung aus Patientensicht sei, daß der Arzt mit dem Patienten zusammen ein individuelles Therapieziel erarbeitet. Beispielsweise: Wie kann die Zahl der Inkontinenzepisoden pro Tag verringert werden? Ist dieses Ziel formuliert, dann „gewinnen Arzt und Patient Freiräume auch für andere als die in Leitlinien vorgesehenen Behandlungsoptionen und können einen differenzierten Einsatz von medizinischen Maßnahmen planen“.

Die Allgemeinärztin kennt jedoch die Restriktionen eines niedergelassenen Arztes: „Eine differenzierte Nutzenbewertung aus Patientensicht kostet Zeit - und die wird dem Arzt nicht vergütet.“ Als Folge könne sich der niedergelassene Arzt als „Kleinunternehmer“ ein solches Vorgehen häufig gar nicht leisten. „Hier werden die falschen Anreize ge-

setzt.“

Hinzu komme, daß die patientenorientierte Kommunikation bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten „noch nicht einmal als Desiderat erkannt worden ist“, moniert Gisela Fischer - die „freundliche Anwendung der guten Kinderstube“ reiche bei der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht aus.

Verbessert ein Hüftimplantat in jedem Fall die Lebensqualität?

Daß Nutzenbewertung aus Sicht der Patienten auch aus Gründen der Kostenentwicklung in einer alternden Gesellschaft sinnvoll ist, verschweigt Fischer nicht. Sie ist sich sicher, daß der selektive Einsatz von medizinischen Methoden und Maßnahmen eine tendenziell kostensenkende Wirkung haben kann. Steht die Lebensqualität eines Patienten an oberster Stelle der Prioritätenskala, dann stellt sich manche selbstverständliche Maßnahme in neuem Licht dar: Verbessert ein Hüftimplantat bei jedem Patienten in jedem Fall die Lebenssituation? Oder wird die Op nur gemacht, weil ein pathologischer Befund, etwa eine schwere Arthrose, vorliegt?

Nutzenbewertung, so das Fazit Fischers, die allein auf den Ergebnissen klinischer Studien und Evidenzstufen basiert, verfehlt letztlich das Ziel, um derentwillen sie eingeführt wurde: Sie soll sicherstellen, daß der individuelle Patient die für ihn bestmögliche Behandlung erfährt.

Gesundheitskarte soll zum Abbau der Bürokratie beitragen **Telematik stärkt auch die Patientensouveränität / Kommunikation im Gesundheitswesen soll deutlich verbessert werden**

POTSDAM (sto). Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (E-Karte) wird zu einem deutlichen Abbau der Bürokratie in den Praxen und Krankenhäusern beitragen. Diese Ansicht hat Dr. Manfred Zipperer, Vorsitzender des Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG), bei einer Fachtagung in Potsdam vertreten.

Derzeit sei jede medizinische Leistung, die beim Arzt, Zahnarzt oder im Krankenhaus erbracht wird, mit sehr viel "Schreibkram" verbunden, sagte Zipperer. Jeder Behandler müsse die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten einzeln dokumentieren. Dieser Aufwand sowie die Notwendigkeit der wechselseitigen Information werde mit den DRG und den DMP noch weiter zunehmen, erklärte Zipperer bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zum Thema "Die E-Karte 2006".

Mit herkömmlichen papiergebundenen Prozessen werde die Erfassung, Verarbeitung und Auswertung der weiter wachsenden Datenströme bald nicht mehr zu bewältigen sein, betonte Zipperer. An der elektronischen Erfassung und Speicherung medizinischer Daten führe daher kein Weg vorbei. Gefragt seien Methoden und Instrumente, die außerhalb des Gesundheitswesens schon längst zum alltäglichen Handwerkszeug gehören.

Durch den Einsatz der E-Karte und der dahinter stehenden Infrastruktur werde sich auch die Kommunikation im Gesundheitswesen deutlich verbessern. Den Ärzten werde es dann möglich sein, ihre Diagnose und Therapie auf eine viel breitere und verlässlichere Grundlage zu stellen. Mit der E-Karte werde sich aber auch das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern. Indem der Patient mit der Karte dem Arzt überhaupt erst den Zugang zu seinen Daten freigebe, nehme er aktiver als bisher am Behandlungsprozeß teil. Das werde sich positiv auf die Compliance auswirken. Denn der Patient erfahre nun unmittelbar, warum sich ein Arzt für eine bestimmte Behandlung entscheidet und weshalb er beispielsweise ein bestimmtes Medikament verordnet.

Aufgrund der E-Karte habe es der Patient dann in der Hand, welchem Arzt er seine Gesundheitsdaten zur Verfügung stellt. Das Gesundheitssystem werde sich somit viel stärker in Richtung Patientenorientierung entwickeln, erklärte Zipperer in Potsdam. Wenn nach einer Übergangszeit schließlich alle Daten im Gesundheitswesen nur noch elektronisch erfaßt werden, bestehe für die Berichterstattung die Möglichkeit, auf die anonymisierten Daten in jeder erwünschten Konfiguration zuzugreifen, erklärte Zipperer. Die Politik könne dann auf der Grundlage besserer Daten entscheiden.

Patienten im GBA - ein Korrektiv zur KV-Kassen-Koalition **Obwohl die Patientenvertreter im Bundesausschuß keine Stimme haben, ist ihr Einfluß spürbar / Die Legitimationsbasis ist eher brüchig**

Von Helmut Laschet

BERLIN. Angelegenheiten des Bundesausschusses galten früher als geheime Kommandosache. So geheim, daß nicht einmal Gerichte Einsicht in die Akten des Bundesausschusses bekamen. Es habe einer richterlichen Anordnung an das Bundesgesundheitsministerium bedurft, den Bundesausschuß anzuweisen, Unterlagen herauszurücken, um Sozialgerichten eine Entscheidungsgrundlage in Streitfällen zu ermöglichen. So gesehen habe sich der neu strukturierte Gemeinsame Bundesausschuß „sehr positiv entwickelt“, resümiert Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Celle, bei einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Berlin.

Ein neues Verhältnis zur Öffentlichkeit

Vor allem durch die Mitwirkung der Patientenvertreter hat die Transparenz des Bundesausschusses und seiner Arbeit eine neue Qualität bekommen. Im Unterschied zu den stimmberechtigten Mitgliedern - Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, daneben noch Zahnärzten und Psychotherapeuten -, sind die Patientenvertreter in besonderer Weise auf öffentliche und/oder politische Unterstützung für ihre Positionen angewiesen. Insofern hat es unter dem seit Januar 2004 amtierenden Vorsitzenden des Bundesausschusses, Rainer Hess, in der Öffentlichkeitsarbeit einen Paradigmenwechsel gegeben: Vor oder nach Sitzungen des Bundesausschusses werden nicht nur Beschlüßvorlagen oder Beschlüsse publiziert - sondern auch die unterschiedlichen Positionen der Beteiligten öffentlich gemacht.

Unter Budgets denken auch die Ärzte meist fiskalisch

Daß dies von großer Bedeutung ist, erklärt Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband mit einer für ihn zunächst überraschenden Erfahrung: Eigentlich habe er erwartet, daß die Hauptkonfliktlinie im Bundesausschuß zwischen den Vertretern der Vertragsärzte und denen der Krankenversicherungen verläuft - und daß die Ärzte primär aus medizinischen Erwägungen entscheiden, die Kassen eher aus fiskalischen. Tatsächlich aber sei eine große Koalition von Kassen- und KV-Vertretern zu beobachten, die unter den Bedingungen der Budgetierung primär nach ökonomischen Aspekten entscheidet. Viel vehementer als zunächst gedacht müßten daher Patientenvertreter das medizinische Versorgungsinteresse im Auge haben.

Auch ohne Stimmrecht sieht Etgeton durchaus Erfolge für die Patientenbank: die ursprüngliche Definition der chronischen Erkrankung wurde entschärft; die Fahrtkostenregelung wurde patientenfreundlicher gestaltet; die Ausnahmetatbestände für OTC-Arzneimittel, die auf Kassenkosten rezeptiert werden können, sind mehrfach erweitert worden; schließlich zuletzt seien die Evidenzanforderungen beim Nutznachweis für medizinische Methoden stärker an den tatsächlich vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtet worden.

Die besten Verbündeten sitzen im Ministerium

Dabei haben die Patientenvertreter einen inoffiziellen Verbündeten an ihrer Seite. Nach dem Buchstaben des Gesetzes dürfte das Bundesgesundheitsministerium nur eine Rechtsaufsicht ausüben. Das heißt: Das Ministerium darf nur prüfen, ob eine Richtlinie des Bundesausschusses gesetzeskonform ist und ob diese Richtlinie verfahrenstechnisch ordnungsgemäß zustande gekommen ist. Bei einigen von Entscheidungen hat das Ministerium - nicht zuletzt auch auf Druck der Patientenvertretung - aber dem Bundesausschuß korrigierend die Hand geführt, wenn dies politisch opportun erschien. Insofern fällt eine erste, vorläufige Bilanz eher positiv aus. Wobei allerdings die Sacharbeit der Patientenvertreter im GBA auch an organisatorische und finanzielle Grenzen

stößt. Das resultiert nicht zuletzt aus der Allzuständigkeit des GBA, der allein sechs Kombinationen von Entscheidungsgremien mit unterschiedlichen Besetzungen hat. In der Ebene darunter leisten 24 Unterausschüsse die eigentliche Sacharbeit, die - wenn es ganz speziell wird - an Arbeitsgruppen delegiert werden kann.

Patientenvertretung ist meist ein Ehrenamt

In diesen Unterausschüssen müssen wiederum stets fünf Patientenvertreter mit entsprechender Sachkompetenz beteiligt werden. Das bedeutet: allein auf der Bundesebene sind rund 200 Patientenvertreter in den verschiedenen Gremien des GBA tätig und müssen sich koordinieren. Inzwischen hat die Geschäftsstelle des Bundesausschusses allein für die Koordination und den hinreichenden Informationsfluß einen Mitarbeiter abgestellt. Ein Problem ist bislang nicht gelöst: Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, daß die Patientenvertreter ihre Arbeit ehrenamtlich machen oder daß diejenige Organisation, die einen Vertreter entsendet, auch für dessen Finanzierung aufkommt. Das stößt inzwischen an die Grenzen des Möglichen.

Übereinstimmend fordern deshalb GBA-Chef Hess und Patientenvertreter Etgeton eine gesetzliche Grundlage für eine Aufwandsentschädigung. Damit könnte nicht zuletzt die Sachkompetenz gestärkt werden, denn der Aufbau eines Expertenpools ist bislang noch nicht richtig gelungen.

Zurückhaltend sind Hess und Etgeton mit weitergehenden Forderungen nach Mitentscheidungsrechten der Patientenvertretung. Beide sehen das Problem, daß dies für die Besetzung der Patientenbank Konsequenzen haben müßte. Vor allem würde sich dann die Frage nach der demokratischen Legitimation eines jeden einzelnen Vertreters stellen.

Aus der Sicht der Sozialrichterin Ruth Schimmelpfeng-Schütte ist dies einer der wunden Punkte im Bundesausschuß. Angesichts seiner weitreichenden Bedeutung für die Gestaltung des Kassensystems hält sie eine Mitentscheidungsbefugnis der Versicherten für unabdingbar.

Sozialwahlen seien keine hinreichende Legitimation. Vielmehr müßten GKV-Versicherte unmittelbar Delegierte in den Bundesausschuß wählen dürfen.