

Editorial: Wer steht im Zentrum?



München – Der Patient steht im Mittelpunkt. Dieses Prinzip gilt auch – oder gerade – für die hausarztzentrierte Versorgung. Doch Zweifel sind angebracht. Angesichts der Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteorganisationen, bei denen es um viel Macht und Geld geht, ist zu fragen, ob das eigentliche Ziel nicht aus dem Blick gerät: eine verbesserte Versorgung der Patienten. Damit Sie sich bei dem komplexen Thema Ihr eigenes Bild machen können, ist die hausarztzentrierte Versorgung der Schwerpunkt dieser Ausgabe.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

Schwerpunkt: Hausarztverträge

▪ **Das ABC der Hausarztverträge**

Berlin – Was sind eigentlich genau Hausarztverträge? Wie funktionieren sie, seit wann gibt es sie – und warum? » [Seite 2](#)

▪ **Das große Pokern um die Verträge**

Berlin – Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hat begeisterte Befürworter und entschiedene Gegner. Kein Wunder also, dass die Umsetzung der Verträge sehr unterschiedlich läuft. » [Seite 3](#)

▪ **Was Patienten wissen müssen**

Berlin – Versicherte können sich bei ihrer Kasse für einen Hausarzttarif entscheiden. Damit sind zum Teil weitreichende Folgen verbunden. » [Seite 4](#)

▪ **Quo vadis hausarztzentrierte Versorgung?**

Berlin – Wie geht es weiter mit der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)? Ein möglicher Trend ist aktuell in Baden-Württemberg zu beobachten. » [Seite 6](#)

▪ **„Bundesregierung muss mehr für vernachlässigte Krankheiten tun“**

Berlin – Die Bundesregierung soll mehr in die Erforschung armutsbedingt vernachlässigter Krankheiten investieren. Das fordern Nichtregierungsorganisationen anlässlich des Welttuberkulosetages.
» [Seite 7](#)

▪ **Neue Informationen zu Asthma und Prostatakrebs**

Berlin – Ein neuer Patientenratgeber zum lokal begrenzten Prostatakarzinom ist erschienen, außerdem gibt es eine Neuauflage der PatientenLeitlinie Asthma. » [Seite 8](#)

▪ **Rechtsansprüche Schwerstkranker werden nicht eingelöst**

Berlin – „Die Zeit, die Hände in den Schoß zu legen, ist längst vorbei“, sagt Eugen Brysch von der Deutschen Hospiz Stiftung. Er verlangt angesichts der mangelhaften ambulanten Palliativversorgung ein Eingreifen der Politik. » [Seite 9](#)

Einführung

Das ABC der Hausarztverträge

Berlin – Was sind eigentlich genau Hausarztverträge? Wie funktionieren sie, seit wann gibt es sie – und warum?

Alle Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) beruhen im Kern auf einem einfachen Grundprinzip: Der Patient verpflichtet sich gegenüber seiner Krankenkasse, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen. Dieser wird zu seiner ersten Anlaufstelle und steuert die gesamte ambulante und stationäre Versorgung des jeweiligen Patienten. Die Rolle dieses speziellen Hausarztes wird daher oft mit der eines Lotsen verglichen, im Englischen spricht man auch vom so genannten „gatekeeper“-Prinzip.

Vertrag mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten

Grundlage für die HzV ist ein Selektivvertrag, den die Kasse mit besonders qualifizierten Hausärzten abschließt. Die Anforderungen an die teilnehmenden Mediziner sind in Paragraph 73b des Sozialgesetzbuches V (SGB V) festgelegt: Teilnehmende Hausärzte werden verpflichtet, Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie zu besuchen und nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien, die speziell für die hausärztliche Versorgung entwickelt wurden, zu arbeiten. Der Gesetzgeber verlangt ferner Fortbildungen zu typischen Behandlungsfeldern der hausärztlichen Praxis (z.B. Schmerztherapie, Geriatrie, Palliativmedizin) und ein wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement. Das klingt nach einigem Aufwand, doch aus Sicht des Arztes kann sich die Teilnahme an einem Hausarztvertrag durchaus lohnen, und zwar nicht zuletzt aufgrund der attraktiven Vergütung, die ihm die Kasse in Aussicht stellt. Die Krankenkasse wiederum erhofft sich von dem Modell eine verbesserte Versorgung ihrer Versicherten sowie nicht zuletzt auch einige Kosteneinsparungen. Sie kalkuliert unter anderem, dass sich durch die gezielten Überweisungen des Hausarztes an die jeweiligen Fachärzte teure Mehrfachuntersuchungen vermeiden lassen. Die höheren Honorare der teilnehmenden Hausärzte sollen sich zudem aus Einsparungen bei Arzneimittelverordnungen finanzieren.

Pflicht statt Freiwilligkeit für die Kassen

Der Gesetzgeber hat das Hausarzt-Modell etappenweise ins deutsche Gesundheitssystem eingeführt. 2004 wurde den Kassen mit dem GKV-Modernisierungsgesetz grundsätzlich die Möglichkeit zum Abschluss solcher Verträge eröffnet. Doch das reale Versorgungsgeschehen veränderte sich dadurch kaum. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 reagierte die schwarz-rote Koalition und verpflichtete die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Eine weitere Modifikation erfuhr der maßgebliche Paragraph 73b SGB V durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG): Zum einen dürfen die Kassen Verträge nur noch mit ärztlichen Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der Allgemeinmediziner eines KV-Bezirks vertreten. Damit wird faktisch das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Hausärzterverband übertragen. Zum anderen setzte das GKV-OrgWG den Kassen mit dem 30. Juni 2009 eine Frist, bis wann sie spätestens einen Hausarztvertrag abzuschließen hatten. War bis zu diesem Datum kein Vertrag zustande gekommen, konnte die ärztliche Gemeinschaft ein Schiedsverfahren beantragen. In Paragraph 73b ist vorgesehen, dass sich beide Parteien – also Ärztegemeinschaft und Krankenkasse – in diesem Falle auf eine unabhängige Schiedsperson einigen, die den Inhalt des Hausarztvertrages festlegt. Derzeit laufen zahlreiche solcher Schiedsverfahren, mehr dazu lesen Sie im Artikel „Aktueller Stand“.

Was sind Selektivverträge?

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung fallen unter die Kategorie Selektivverträge. Es handelt sich dabei um Versorgungsverträge, die zwischen einer Krankenkasse und einzelnen Leistungserbringern bzw. einer Gruppe von Leistungserbringern geschlossen werden. Selektivverträge werden oft auch als Direktverträge bezeichnet, um zu unterstreichen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind, sondern dass der einzelne Arzt direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung eingeht. Im Unterschied dazu wird der so genannte Kollektivvertrag zwischen den Krankenkassen und der Gemeinschaft aller Vertragsärzte, vertreten durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, abgeschlossen. Inhalt des Kollektivvertrages ist beispielsweise, wie viel Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht. Das bedeutet, dass das Arzthonorar für Selektivverträge aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung „herausgebrochen“ wird. Experten nennen das „Bereinigung“ der Gesamtvergütung.

Versorgungsalltag

Das große Pokern um die Verträge

Berlin – Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hat begeisterte Befürworter und entschiedene Gegner. Kein Wunder also, dass die Umsetzung der Verträge sehr unterschiedlich läuft.

Eine einheitliche Position zu Hausarztverträgen gibt es im Lager der Krankenkassen nicht. Prominentester Befürworter ist die AOK Baden-Württemberg, die bereits im Mai 2008 einen solchen Vertrag abgeschlossen hat. Partner sind der Hausärzterverband sowie die Ärzteorganisation Medi. Nach Auffassung der Beteiligten handelt es sich bei dem Abschluss um einen „Eisbrechervertrag“, der einen Einstieg in eine „neue und zukunftsweisende Versorgungswelt“ markiere. Der 73b-Vertrag ersetzt für die eingeschriebenen Versicherten die üblicherweise durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) organisierte Versorgung.

Schiedsverfahren „en masse“

Andere Kassen, vor allem die Ersatzkassen, waren jedoch bei weitem nicht so euphorisch und wurden mit dem Deutschen Hausärzterverband nicht handelseinig. Folglich kamen sie ihrer gesetzlich verankerten Pflicht, bis Ende Juni 2009 einen solchen Vertrag abzuschließen, nicht nach. Der Hausärzterverband nutzte daraufhin die Möglichkeit, Schiedsverfahren einzuleiten. Der Hintergrund: In Paragraph 73b ist festgelegt, dass ein Schiedsverfahren eröffnet werden kann, wenn eine Kasse es versäumt, ihren Versicherten einen Hausarzttarif anzubieten (mehr zu den gesetzlichen Grundlagen lesen Sie im Artikel „Einführung“). Rund 1.600 Schiedsverfahren im vergangenen Jahr sind das Ergebnis dieser Konstellation. In 2010 wurden bereits knapp 400 Hausarztverträge über einen Schiedsspruch abgeschlossen. Außergerichtliche Einigungen wie bei der Techniker Krankenkasse (TK) im folgenden Beispiel stellen eher die Ausnahme dar.

TK stellt Eckpunkte für Hausarztvertrag vor

Im April 2010 haben die TK und der Deutsche Hausärzterverband die vereinbarten Eckpunkte für einen bundesweiten Hausarzttarif vorgestellt. TK-Chef, Prof. Norbert Klusen, betonte auf der Pressekonferenz, dass er durch diese außergerichtliche Einigung ein Schiedsverfahren vermeiden wolle. Nur so könne man das Beste für die Versicherten aushandeln. Da die TK die erste Ersatzkasse ist, die sich auf einen Hausarztvertrag einlässt, glauben Beobachter, dass die Front dieser Kassenart gegen die HzV langsam aber sicher zu bröckeln beginnt.

Die Position des Hausärzteverbandes

Wie sieht die Interessenkonstellation auf der Ärzteseite aus? Dominiert wird das Vertragsgeschehen vom Deutschen Hausärzteverband. Seine Gesamtstrategie zielt darauf ab, die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung als Vollversorgungsverträge bundesweit durchzusetzen. Konkret bedeutet das eine Versorgung an der KV vorbei. Auch die Honorierung der Ärzte erfolgt im Rahmen der HzV nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern über eine eigene Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG), eine eingetragene Genossenschaft des Hausärzteverbandes. Zwingend erforderlich ist bei Vollversorgungsverträgen eine Bereinigung, das heißt Kürzung, der ärztlichen Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen an die KV fließt. Anders sieht es bei so genannten Add-on-Verträgen aus: In diesem Fall ist eine Honorarbereinigung nicht erforderlich, die vereinbarten Zusatzhonorare werden den Ärzten über die KV ausgezahlt. Ein Beispiel für eine solche Vertragsform ist Niedersachsen. Dort haben die AOK Niedersachsen, die KV Niedersachsen sowie die Landesverbände Niedersachsen und Braunschweig des Hausärzteverbandes einen Hausarztvertrag abgeschlossen, der im April 2010 in Kraft getreten ist. Ähnliche Add-on-Verträge gibt es in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern.

Add-on versus Vollversorgung

Dass der Deutsche Hausärzteverband darüber nicht besonders glücklich ist, liegt auf der Hand. Viele Krankenkassen präferieren dagegen Add-on-Vereinbarungen. Dasselbe gilt generell für die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die das kollektivvertragliche System und die flächendeckende ambulante Versorgung durch Vollversorgungsverträge des Hausärzteverbandes und der HÄVG gefährdet sehen. Die Gegner der voll versorgenden HzV haben vergeblich darauf spekuliert, die neue Bundesregierung werde den 73b-Verträgen die rote Karte zeigen. Die FDP konnte sich mit der Forderung einer HzV-Reform jedoch nicht gegen die Union, insbesondere die CSU, durchsetzen. Nun bleibt § 73b vorerst unverändert. Nach drei Jahren sollen aber die Ergebnisse der hausarztzentrierten Versorgung auf den Prüfstand kommen, haben die Koalitionsparteien vereinbart.

Hausarzttarif

Was Patienten wissen müssen

Berlin – Versicherte können sich bei ihrer Kasse für einen Hausarzttarif entscheiden. Damit sind zum Teil weitreichende Folgen verbunden.

Prinzipiell gilt: Jede Kasse muss ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV), auch Hausarzttarif genannt, anbieten. Für die Versicherten ist die Teilnahme daran freiwillig. Wer sich für einen solchen Tarif entscheidet, verpflichtet sich gegenüber seiner Kasse, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen und immer zuerst zu ihm zu gehen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung des Allgemeinmediziners hin aufgesucht werden. Ausnahmen sind laut Paragraph 73b Sozialgesetzbuch V (SGB V) lediglich Frauen- und Augenärzte sowie Kinderärzte. Wichtig zu wissen: Der Patient ist an diese Verpflichtung sowie die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr lang gebunden. In Paragraph 73b heißt es: „Er darf den Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.“ Näheres dazu regeln die Kassen in ihren Satzungen. Solange man an den Hausarzttarif seiner Kasse gebunden ist, darf man zudem nicht von dem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, das normalerweise den Versicherten eingeräumt wird, wenn ihre Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt.

Hausarztverträge locken mit zusätzlichen Serviceleistungen

Für den Versicherten bietet die hausarztzentrierte Versorgung jedoch auch einige Vorteile. Die Kassen können den Hausarzttarif etwa mit Prämienzahlungen kombinieren. Die AOK Baden-Württemberg beispielsweise wirbt für ihren Hausarztvertrag mit folgenden Argumenten: Zusätzliche Service-Leistungen wie Akutsprechstunden von montags bis freitags und mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige. Versicherte ab 35 Jahren haben einen jährlichen Anspruch auf eine erweiterte Gesundheitsuntersuchung, im Rahmen derer unter anderem Leber- und Eisenwerte bestimmt werden. Außerdem sind die Patienten von der Zuzahlungspflicht zu bestimmten Arzneimitteln im Rahmen der AOK-Rabattverträge befreit, sofern sie vom am Hausarztmodell teilnehmenden Arzt verordnet werden. Die AOK Baden-Württemberg weist außerdem darauf hin, dass durch den geringeren Verwaltungsaufwand des Arztes Zeitreserven entstünden, die dem Patienten direkt zugute kämen und eine höhere Zufriedenheit auf beiden Seiten mit sich brächten.

Einschränkung der freien Arztwahl

Diesen Vorteilen der HzV steht insbesondere gegenüber, dass der Versicherte in seiner freien Arztwahl eingeschränkt wird. Hierbei stellt sich die berechtigte Frage, ob die freie Arztwahl als höchstes und sicherlich hart erkämpftes Gut in der Patientenversorgung einfach so durch eine neue Vertragsform aufgegeben werden sollte. Ferner gibt es bislang keine Belege dafür, dass dieses Vertragsmodell tatsächlich eine verbesserte Versorgungsqualität mit sich bringt. Da die Verträge zum Teil erst jetzt abgeschlossen werden, ist mit fundierten Evaluationen in der nächsten Zeit noch nicht zu rechnen. Auch in punkto Medikation müssen Patienten möglicherweise mit Veränderungen rechnen, denn Kassen wie die AOK Baden-Württemberg wollen mithilfe der hausarztzentrierten Versorgung nicht zuletzt eine „effizientere“, weil kostengünstigere, Arzneimitteltherapie erreichen. In einer Pressemitteilung der Kasse anlässlich des neuen Hausarztvertrages ist beispielsweise die Rede davon, dass die teilnehmenden Ärzte durch „IT-gesteuerte Informationen über effiziente Verordnungsalternativen, insbesondere bei Arzneimitteln“ unterstützt würden. Gemeint ist damit ein Arzneimittel-Modul, das „empfohlene“ und „nicht-empfohlene“ Arzneimittel farblich kennzeichnet, um den Hausarzt die Auswahl zu erleichtern. Erreicht er bei den verschiedenen Gruppen eine gewisse Quote, erhält der Arzt von der AOK Baden-Württemberg einen Zuschlag. Patienten, die bislang ein „nicht empfohlenes“ Arzneimittel verschrieben bekommen haben, müssen daher unter Umständen damit rechnen, auf ein „empfohlenes“ umgestellt zu werden. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass der Begriff „empfohlen“ in diesem Zusammenhang nicht mit „qualitativ hochwertiger“ oder „besser für den Patienten“, sondern eher mit „kostengünstiger“ gleichzusetzen ist. Durch einen solchen möglicherweise rein kosteninduzierten Medikamentenwechsel können für den Patienten gravierende Umstellungsprobleme entstehen. Zudem sind einige zentrale Aspekte im Bereich der Patientenversorgung, wie beispielsweise die Bereitstellung eines Notdienstes, der bisher von der KV organisiert wurde, im Rahmen der HzV noch nicht abschließend geklärt.

Ausblick

Quo vadis hausarztzentrierte Versorgung?

Berlin – Wie geht es weiter mit der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)? Ein möglicher Trend ist aktuell in Baden-Württemberg zu beobachten.

Dort hat die hiesige AOK bereits 2008 einen Hausarztvertrag mit dem Deutschen Hausärzteverband und der Ärzteorganisation Medi geschlossen. Dieser wurde nun durch einen Facharztvertrag für den Bereich Kardiologie ergänzt.

Herzkranke Patienten im Fokus

Was bedeutet das für Patienten und Versicherte? AOK-Versicherte, die am „AOK-HausarztProgramm“ teilnehmen, können sich seit April auch in den Kardiologievertrag einschreiben. Ziel des Vertrages ist, die Versorgung herzkranker Patienten zu verbessern. Die AOK verspricht den Teilnehmern neben einer qualitativ hochwertigen Behandlung zusätzliche Service-Angebote.

Die notwendige Optimierung der Versorgung werde zum einen durch die hohen Qualitätsanforderungen erreicht, die die am Vertrag teilnehmenden Kardiologen erfüllen müssen. „Damit können Versicherte sicher sein, die bestmögliche Behandlung zu erhalten“, ist Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, überzeugt.

Bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten

Zur Qualitätssteigerung der Versorgung trage aber auch die bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten bei, für die der Vertrag Sorge. Dadurch sollen unnötige Untersuchungen vermieden werden. Zudem rechnet die AOK damit, dass die besser abgestimmten Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich und die vertraglich geregelte schnelle Terminvergabe beim Facharzt zu einer Reduzierung der Krankenhauseinweisungen führen werde. Denn teilnehmende Kardiologen seien verpflichtet, eingeschriebenen AOK-Patienten innerhalb von zwei Wochen einen Termin in ihrer Sprechstunde einzuräumen. Hoberg weist darauf hin, dass der Kardiologievertrag den eingeschriebenen Versicherten auch deutliche finanzielle Vorteile bietet: „Für viele rabattierte Arzneimittel entfällt die Zuzahlung, was je nach Preis des Medikaments bis zu 10 Euro ausmachen kann.“

Wird es Nachahmer geben?

Grundlage für einen solchen Facharztvertrag ist Paragraph 73c Sozialgesetzbuch V (SGB V). Nach Angaben der Kasse handelt es sich dabei um den „bundesweit ersten ambulanten Facharztvertrag für den Bereich Kardiologie“. Vertragspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die Ärzteorganisation Medi Baden-Württemberg und der Bundesverband der Kardiologen. Die Kombination eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit einem Facharztvertrag nach § 73c SGB V bildet im deutschen Gesundheitssystem bislang die Ausnahme. Ob ein solcher Abschluss auf Kassenseite viele Nachahmer findet, ist allerdings eher fraglich. Denn gesetzlich verpflichtet sind die Kassen zu einem solchen Angebot, im Unterschied zum Hausarzttarif, nicht. Hinzu kommt, dass sie für einen solchen Vertrag zunächst zusätzliche Mittel einplanen müssen, bis sich – vielleicht – Einsparungen realisieren lassen. Angesichts der prekären Finanzsituation, in der sich viele Kassen befinden, dürfte diese Option somit als nicht allzu verheißungsvoll bewertet werden. Für den Patienten bedeutet eine Einschreibung in den Facharztvertrag auch gleichzeitig, dass er sich in den angekoppelten Hausarztvertrag einschreiben muss. Durch dieses gekoppelte Vertragskonstrukt erhält die Kasse die Möglichkeit, die Patientenversorgung gezielt zu steuern. Hierbei stellt sich durchaus die Frage, wie viel Einflussmöglichkeiten eine Krankenkasse in Zeiten des mündigen Patienten haben sollte.

Entwicklungshilfe

„Bundesregierung muss mehr für vernachlässigte Krankheiten tun“

Berlin – Die Bundesregierung soll mehr in die Erforschung armutsbedingt vernachlässigter Krankheiten investieren. Das fordern Nichtregierungsorganisationen anlässlich des Welttuberkulosetages.

Dieser fand am 24. März statt. Unter der Überschrift „Aufruf zum Handeln“ haben unter anderem Ärzte ohne Grenzen, die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) und der Evangelische Entwicklungsdienst (EED) mehr Anstrengungen im Kampf gegen Krankheiten wie Tuberkulose, Malaria und viele weitere Tropenkrankheiten gefordert. Sie treten vor allem in ärmeren Ländern auf, die aufwändige Förderprogramme für die Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen nicht finanzieren können. „Diese Erkrankungen sind vermeidbar und behandelbar, es werden jedoch kaum Investitionen in diesem Bereich getätigt“, kritisiert Dr. Sonja Weinreich, Leiterin der Fachstelle Gesundheit beim EED. Oftmals existierten kaum Präventionsmethoden, Impfstoffe, Diagnostika oder Medikamente, Millionen Menschen seien vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen.

Der Handlungsbedarf ist groß

In dem Aufruf wird darauf hingewiesen, dass von mehr als 1.500 medizinischen Wirkstoffen, die zwischen 1975 und 2004 neu entwickelt wurden, nur 21 für vernachlässigte Krankheiten bestimmt waren. Deutschland beteilige sich nicht ausreichend daran, diese gravierende Forschungslücke zu schließen, kritisieren die Nichtregierungsorganisationen. Die USA würden beispielsweise rund dreimal so viel Geld, gemessen an ihrer Wirtschaftskraft, für die Erforschung von Tuberkulose ausgeben. „Die Bundesregierung muss zu ihrer Verpflichtung stehen und deutlich mehr in die Erforschung von armutsbedingt vernachlässigten Krankheiten investieren“, fasst die Geschäftsführerin der DSW, Renate Bähr, das Kernanliegen des Aufrufs zusammen.

Innovative Modelle sollen neue Impulse geben

Mit mehr Geld allein ist es allerdings nicht getan. Deshalb schlagen die Unterzeichner mehrere innovative Modelle vor, die der Forschung neue Impulse geben können. „Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs) oder Forschungsprämien können Innovationen zur Bekämpfung von vernachlässigten Krankheiten vorantreiben“, sagt Oliver Moldenhauer von Ärzte ohne Grenzen. Mit PDPs könnten beispielsweise verschiedene Firmen und Forschungseinrichtungen international kooperieren, um nicht kommerziell orientierte Entwicklungsarbeit zu leisten. Das Bundesforschungsministerium müsse eine eigene Budgetlinie ins Leben rufen, die PDPs langfristig fördert, so die Vorstellungen der Unterzeichner. Darüber hinaus könnten mit direkten Forschungsprämien Projekte gefördert werden, die ihre Ergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung stellen.

Link:

Die Organisatoren des Aufrufs haben eine Internetseite erstellt, auf denen der komplette Wortlaut nachzulesen ist und die Unterzeichner vorgestellt werden:

<http://www.aufruf-zum-handeln.de>

GlaxoSmithKline (GSK) engagiert sich für vernachlässigte Krankheiten

GSK ist Partner solcher „Produktentwicklungspartnerschaften“. Einige Partnerschaften haben ihre Basis im GSK-Forschungszentrum im spanischen Tres Cantos oder in dem GSK-Zentrum zur Impfstoff-Forschung in Belgien. Derzeit ist GSK insbesondere an der Entwicklung neuer Medikamente gegen Malaria und Tuberkulose beteiligt. Zudem verfolgt GSK mit seinem „Access-to-Medicines-Programm“ die Strategie der Offenen Innovation. Ein wichtiger Bestandteil davon ist der sogenannte Patent-Pool, in den GSK über 800 Patentrechte und Patentanträge einbringt.

Mehr zum GSK Engagement für vernachlässigte Krankheiten unter:

<http://www.glaxosmithkline.de/html/gesellschaft/entwicklungslander.html>

Patientenleitlinien

Neue Informationen zu Asthma und Prostatakrebs

Berlin – Ein neuer Patientenratgeber zum lokal begrenzten Prostatakarzinom ist erschienen, außerdem gibt es eine Neuauflage der PatientenLeitlinie Asthma.

Die Behandlungsmöglichkeiten von Prostatakrebs sind vielfältig und teilweise mit einschneidenden Folgen verbunden. Damit betroffene Männer besser über die Therapieoptionen informiert sind, haben das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) eine leicht verständliche PatientenLeitlinie veröffentlicht. Sie beruht auf der neuesten S3-Leitlinie zu Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms und damit auf dem besten derzeit verfügbaren Wissen. S3-Leitlinien sind der höchste Qualitätsstandard, den es für die gesammelten Erkenntnisse über eine bestimmte Erkrankung gibt. Die ärztliche Leitlinie ist für die Betroffenen laienverständlich übersetzt und mit wichtigen Hintergrundinformationen ergänzt worden. Das Ziel: Die Patienten sind detailliert darüber aufgeklärt, nach welchen Kriterien ihre Erkrankung idealerweise behandelt werden sollte. „Mit dem jetzt veröffentlichten Ratgeber können betroffene Männer ihre Therapie aktiv mitgestalten und wichtige Entscheidungen informiert treffen“, betont das ÄZQ.

Bereits acht PatientenLeitlinien veröffentlicht

Der neue Ratgeber über lokal begrenzten Prostatakrebs ist bereits die achte PatientenLeitlinie, die das Zentrum in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachgesellschaften erstellt hat. Seit zwei Jahren existieren Ratgeber für Typ-2-Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Koronare Herzkrankheit (KHK). Auch über Brustkrebs und die Krebserkrankung der Bauchspeicheldrüse informieren PatientenLeitlinien.

Die seit 2009 existierende PatientenLeitlinie für Asthmapatienten hat jetzt eine Neuauflage erhalten. Erstmals wird damit eine solche Leitlinie aktualisiert, um den Betroffenen die besten verfügbaren Informationen zur Verfügung zu stellen. Zuvor ist bereits die ärztliche Leitlinie grundlegend überarbeitet worden. „Damit werden die neuesten Erkenntnisse unmittelbar an die Patienten weitergegeben“, so das ÄZQ. Zu den Neuerungen gehört ein Kapitel über berufsbedingtes Asthma, das Stufenschema zur Therapie wurde von vier auf fünf Stufen erweitert. Außerdem richtet sich die Behandlung nicht mehr nur nach dem Schweregrad, sondern nach der Krankheitskontrolle.

Auch für Prostatakrebs wird bereits in Kürze eine weitere PatientenLeitlinie erscheinen, diesmal zum fortgeschrittenen und metastasierenden Karzinom. Diese soll noch vor dem Sommer erscheinen.

Link:

Auf einer gemeinsamen Website von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigungen sind alle existierenden und in Kürze erscheinenden PatientenLeitlinien dokumentiert.

<http://www.patienten-information.de/patientenleitlinien>

Wie entstehen PatientenLeitlinien?

Die PatientenLeitlinien beruhen laut ÄZQ auf den Inhalten der Nationalen VersorgungsLeitlinien und den Erfahrungen und Wünschen von Patienten bzw. gesunden Menschen. Sie werden von einem Team aus Patienten bzw. Gesunden und Ärzten erstellt, dessen Zusammensetzung in Abstimmung mit dem Patientenforum bei der Bundesärztekammer erfolgt.

Mehr zum Patientenforum unter:

<http://www.patienten-information.de/patientenbeteiligung/patientenforum/>

Palliativversorgung

Rechtsansprüche Schwerstkranker werden nicht eingelöst

Berlin – „Die Zeit, die Hände in den Schoß zu legen, ist längst vorbei“, sagt Eugen Brysch von der Deutschen Hospiz Stiftung. Er verlangt angesichts der mangelhaften ambulanten Palliativversorgung ein Eingreifen der Politik.

Seit drei Jahren haben Schwerstkranke einen Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Bisher können allerdings weniger als fünf Prozent der Betroffenen diese Unterstützung nutzen, so die Deutsche Hospiz Stiftung. Sie verlangt energische Maßnahmen, um mehr Verträge zu erzwingen. „Der Rechtsanspruch droht zur Farce zu werden, wenn die Politik nicht eingreift“, sagt Brysch. Da Krankenkassen und Leistungsanbieter sich gegenseitig für die geringe Zahl von Verträgen verantwortlich machten, müsse ein gesetzlich geregeltes Verfahren zur Schlichtung eingeführt werden, so der Geschäftsführende Vorstand der Patientenschutzorganisation. Dies könne vorsehen, dass nach Ablauf einer gesetzten Frist ein Schiedsverfahren eingeleitet werde und eine unabhängige Person die Vertragsinhalte festlege. „Damit die Patienten nicht länger die leidtragenden Dritten bleiben, muss Gesundheitsminister Rösler umgehend aktiv werden“, fordert Brysch. Im Jahr 2009 hätte die SAPV circa 4.000 Sterbende erreicht, vorgesehen waren jährlich rund 80.000.

Studie: Kassen sparen durch SAPV bares Geld

Eine Berechnung des Schmerzmediziners Dr. Thomas Nolte zeigt ein deutliches Sparpotenzial für die Krankenkassen durch die SAPV. Die spezialisierte Versorgung sei rund 20 Prozent günstiger als eine vergleichbare Regelversorgung, so Nolte. „Durch die Reduzierung der Krankenhaus- und Medikamentenkosten kann die SAPV mehr als kostenneutral angeboten werden.“ Nolte sieht daher keinen Grund, warum die Kassen so zögerlich neue Verträge mit Palliativteams aufsetzen. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie wirft den Kassen daher vor, in den Verhandlungen mit SAPV-Netzen vor allem den Preis drücken zu wollen. Dies mache eine Teilnahme für viele Anbieter unwirtschaftlich. Die Fachgesellschaft will daher durchsetzen, dass ein bundesweit einheitliches Modell für die finanzielle Ausgestaltung dieser Verträge eingeführt wird. „Die derzeitige Lage kann dazu führen, dass es in Deutschland Orte geben wird, wo man besser oder schlechter stirbt“, sagte kürzlich Dr. Johannes Horlemann, Vizepräsident der Gesellschaft, auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt.

Was ist SAPV?

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurde 2007 im Zuge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sie soll Schwerstkranken und Sterbenden Lebensqualität bis zum Tod erhalten und ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise eine patientenorientierte Schmerztherapie und besondere pflegerische Leistungen, die teure und belastende Krankenhauseinweisungen vermeiden sollen.

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Pamela Somerset
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.einfeldt@gsk.com

Marianne Mühl
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8741
Fax: 089 - 360 44-9-8741
marianne.muehl@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.