

Editorial: Heiter weiter



München – Welche guten Vorsätze Philipp Rösler für das neue Jahr gefasst hat, wissen wir nicht. Bekannt ist dagegen, was 2011 bei dem Minister ganz oben auf der Agenda steht: Pflege, Prävention und ärztliche Versorgung – Themen, die es in sich haben. Es spricht also einiges dafür, dass dem gesundheitspolitisch intensiven Jahr 2010 ein ebenso spannendes folgen wird. Umso wichtiger für Patienten, den Durchblick zu behalten. Mit unserem Schwerpunktthema „Ausblick 2011“ wollen wir Ihnen eine erste Orientierung geben.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

Schwerpunkt: Ausblick 2011

▪ **Das ändert sich 2011**

Berlin – Erhöhter Beitragssatz, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, andere Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen, ... – was hat sich mit den neuen Reformgesetzen für Versicherte und Patienten geändert? Eine Orientierung zum Jahreswechsel. » [Seite 2](#)

▪ **Veränderte Spielregeln**

Berlin – Millionen gesetzlich krankenversicherte Patienten müssen sich seit Jahresbeginn auf neue Rabattarzneimittel einstellen. Veränderungen gibt es auch in punkto Kostenerstattung und bei den Austauschpflichten der Apotheker. » [Seite 4](#)

▪ **Medikamenten-Innovationen: Die Prognose**

Berlin – „2011 ist wieder mit vielen neuen Medikamenten zu rechnen, insbesondere gegen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen.“ Das prognostiziert Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa). » [Seite 5](#)

▪ **„2011 wird das Jahr der Pflege“**

Berlin – Welches Resümee zieht Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler für 2010, was sind die großen gesundheitspolitischen Themen 2011? Lesen Sie mehr im Interview. » [Seite 6](#)

▪ **In der Warteschleife: Mindestmengen für Neugeborenen-Versorgung**

Berlin – Durch Beschlüsse des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg ist vorerst die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Juni 2010 beschlossene Anhebung der Mindestzahl bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen außer Vollzug gesetzt. Die Hintergründe. » [Seite 7](#)

▪ **Bundestag bereitet Entscheidung vor**

Berlin – Ein erster fraktionsübergreifender Gesetzentwurf zur Präimplantationsdiagnostik (PID) ist kürzlich vorgestellt worden. Danach soll die PID eingeschränkt zugelassen werden. Der Bundestag will im Frühsommer entscheiden. » [Seite 8](#)

▪ **GKV-Leistungskatalog zusammengestrichen**

Berlin – Gering-invasive Verfahren zur Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung standen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf dem Prüfstand. Wie haben welche Methoden abgeschnitten? » [Seite 10](#)

Überblick

Das ändert sich 2011

Berlin – Erhöhter Beitragssatz, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, andere Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen, ... – was hat sich mit den neuen Reformgesetzen für Versicherte und Patienten geändert? Eine Orientierung zum Jahreswechsel.

Der Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde bei 15,5 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Arbeitnehmer und Rentner zahlen insgesamt 8,2 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens bzw. ihrer Rente, Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger 7,3 Prozent.

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge

Wenn Zusatzbeiträge erforderlich sind, werden sie von der Krankenkasse als einkommensunabhängiger Betrag in Euro und Cent erhoben. Über die Höhe entscheidet jede Kasse selbst. Der Zusatzbeitrag ist für alle Mitglieder gleich. Sie führen diesen Beitrag direkt an ihre Krankenkasse ab. So sollen sie künftig Preise und Leistungen zwischen den Anbietern besser vergleichen können. Nach Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) wird in diesem Jahr „die große Mehrheit der Krankenkassen noch keinen Zusatzbeitrag erheben müssen“.

Sozialausgleich

Die bisherige Deckelung der Zusatzbeiträge bei einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. acht Euro entfällt. Stattdessen wird ein Sozialausgleich eingeführt, der sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientiert. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, so greift der automatisch vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchzuführende Sozialausgleich, der aus Steuermitteln finanziert wird: Der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag des Mitglieds wird um den Betrag der Überforderung – also den Differenzbetrag aus durchschnittlichem Zusatzbeitrag und zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen – reduziert. Das ausgezahlte Einkommen ist entsprechend höher. Der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt berechnet jährlich, wie hoch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Folgejahr sein wird. Für das Jahr 2011 liegt er bei null Euro, deshalb wird die neue Regelung erst ab 2012 Wirkung zeigen.

Neue Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze wurde im Vergleich zu 2010 um ein Prozent abgesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 3.712,50 Euro im Monat bzw. 44.550 Euro im Jahr. Die Beitragsbemessungsgrenze ist die Einkommensgrenze eines Mitglieds in der Gesetzlichen Krankenversicherung, oberhalb derer das Einkommen beitragsfrei bleibt.

Neue Versicherungspflichtgrenzen

Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze für die GKV wurde gegenüber 2010 um 0,9 Prozent gesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 4.125 Euro im Monat bzw. 49.500 Euro im Jahr. Die Versicherungspflichtgrenze bestimmt die Einkommensgrenze, ab der ein Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert ist. Die besondere Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer, die am 21.12.2002 privat krankenversichert waren (Besitzstandsregelung), wurde ebenfalls abgesenkt und beträgt im Jahr 2011 3.712,50 Euro monatlich bzw. 44.500 Euro im Jahr.

Wechsel in die PKV für Arbeitnehmer erleichtert

Die Voraussetzungen für einen Wechsel von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung (PKV) wurden verändert. Jetzt kann jeder gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, dessen Monatseinkommen (anteilig erzielte Jahresarbeitsentgelte werden hochgerechnet) im Kalenderjahr die allgemeine

Versicherungspflichtgrenze von 49.500 Euro überschreitet, als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben oder in die PKV wechseln. Da diese Regelung bereits zum 31.12.2010 in Kraft getreten ist, kann ein Wechsel zur PKV auch schon ab dem 01.01.2011 erfolgen, wenn das anteilige Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2010 überschritten hat und auch im Jahr 2011 überschreiten wird.

Kürzere Bindungsfrist für Kostenerstattung

Die Bindungsfrist für die Kostenerstattung wurde auf ein Kalendervierteljahr gesenkt. Das Ziel: Versicherte sollen sich leichter dafür entscheiden, die Arztrechnung zu prüfen, die Kosten selbst zu begleichen und die Rechnungen später bei ihrer Kasse zur Erstattung einzureichen. Die Abschläge, die die Kasse dabei vornehmen darf, wurden auf maximal fünf Prozent gesenkt, sie dürfen sich lediglich auf die Verwaltungskosten beziehen.

Bedingungen für Wahltarife gelockert

Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wurde auf ein Jahr reduziert. Auch bei Wahltarifen gibt es ein Sonderkündigungsrecht – immer dann, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, ihn anhebt oder ihre bisherige Prämienzahlung verringert. Für die Dauer der Mindestbindungsfrist gilt das Sonderkündigungsrecht nicht beim Wahltarif Krankengeld.

Neue Kostenerstattungsmöglichkeit bei Arzneimitteln

Die Versicherten können jetzt frei wählen und sich auch für ein anderes als das rabattierte Medikament ihrer Kasse entscheiden. Das Wunschmedikament muss dann zunächst aus eigener Tasche bezahlt werden, von seiner Kasse bekommt der Versicherte einen Teil der Kosten erstattet: den Betrag, den er für ein entsprechendes Mittel aus einem Rabattvertrag gezahlt hätte. Mehr zu dem Thema lesen Sie in dem Artikel „Veränderte Spielregeln“.

Unabhängige Patientenberatung

Ab sofort gehört eine unabhängige Patientenberatung in Deutschland zur Regelversorgung.

Umsetzungsvorgabe für elektronische Gesundheitskarte

Die Gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, bis Ende des Jahres 2011 zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszustatten. Kommen die Kassen dieser Verpflichtung nicht nach, müssen sie zusätzlich zu der ohnehin geltenden Begrenzung der Verwaltungskosten weitere zwei Prozent einsparen. Sobald die eGK ausgehändigt ist, verliert die bisherige Versicherungskarte ihre Gültigkeit.

Zuschlag für Ärzte in unterversorgten Gebieten

Um die ärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern, hier geht es meist um ländliche Regionen, werden finanzielle Anreize gesetzt: Ärzte, die sich in diesen Regionen niederlassen, können wieder sogenannte Sicherstellungszuschläge erhalten – zusätzlich zum Honorar. Die bisherige Regelung zu Sonderpreisen im Fall von Unter- und Überversorgung wird für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt.

Entbürokratisierung der Arzneimittelverordnung

Die bisher zur Steuerung der ärztlichen Arzneimittelverordnung geltende „Bonus-Malus-Regelung“ sowie die „Zweitmeinungsregelung“ werden abgeschafft. Darüber hinaus werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten vereinfacht, kündigt das BMG an.

Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen

Bei Markteinführung eines Medikaments mit neuen Wirkstoffen muss der Hersteller jetzt ein Dossier vorlegen, das den zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten gegenüber vorhandenen Medikamenten belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen innerhalb von sechs Monaten nach der Markteinführung. Wird ein Zusatznutzen nicht nachgewiesen, kann für das neue Arzneimittel ein Höchstbetrag festgelegt werden, den die Krankenkassen maximal erstatten. Wird ein zusätzlicher Nutzen anerkannt, müssen die Hersteller mit den Kassen über den Preis verhandeln.

Veröffentlichungspflicht für Studien

Hersteller, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, müssen künftig die Ergebnisse ihrer zuvor durchgeführten klinischen Studien (Phase III-Studien) innerhalb von sechs Monaten nach der Zulassung im Internet veröffentlichen.

Kartellrecht kommt zur Anwendung

Seit dem 1. Januar wird bei freiwilligen Verträgen von Krankenkassen und Leistungserbringern auch das Kartellrecht angewendet (z. B. bei Rabattverträgen).

Rabattverträge

Veränderte Spielregeln

Berlin – Millionen gesetzlich krankenversicherte Patienten müssen sich seit Jahresbeginn auf neue Rabattarzneimittel einstellen. Veränderungen gibt es auch in punkto Kostenerstattung und bei den Austauschpflichten der Apotheker.

Hintergrund für die vom Gesetzgeber neu definierten Austauschpflichten ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), in dem die sogenannten Aut-idem-Kriterien modifiziert worden sind. Grundsätzlich hat die Apotheke ein verordnetes Medikament gegen ein preisgünstiges (Rabatt-)Arzneimittel auszutauschen, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. So müssen Wirkstoff und Wirkstärke identisch sowie die Darreichungsform gleich oder austauschbar sein. Neu geregelt wurden im AMNOG die Kriterien Indikationsbereich und Packungsgröße. Bisher wurde das Präparat immer dann ausgetauscht, wenn es für den gleichen Indikationsbereich zugelassen war. Seit Jahresbeginn muss es nur noch für mindestens ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen sein. Für Patienten kann das bedeuten, dass sie nicht in jedem Einzelfall die von ihrem Arzt diagnostizierte Erkrankung auch auf dem Beipackzettel wieder finden.

Ferner musste bislang die Packungsgröße identisch sein, um einen Austausch zuzulassen. Jetzt reicht es aus, wenn das Packungsgrößenkennzeichen (N1, N2, N3) gleich ist – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Tabletten oder Kapseln. N3-Packungen sind zum Beispiel gegen andere N3-Packungen austauschbar. Es kann folglich sein, dass ein Patient statt einer N3-Packung mit 100 Stück künftig eine N3-Packung mit 95 Stück erhält.

Was bedeutet Kostenerstattung konkret?

Für Patienten ist noch eine dritte Änderung in punkto Rabattverträge von Bedeutung. Seit Jahresbeginn haben sie die Möglichkeit, ihr gewohntes Präparat weiter zu beziehen, auch wenn ihre Kasse für ein anderes Mittel einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Dafür führte der Gesetzgeber mit dem AMNOG die Kostenerstattung ein. Das bedeutet: Der Versicherte kann in Vorkasse gehen und sein Wunschmedikament zunächst komplett selbst bezahlen. Die Krankenkasse muss den Preis des rabattierten Arzneimittels erstatten. Auf der Differenz bleibt der Versicherte allerdings sitzen.

Die Klarstellung des Bundesgesundheitsministeriums

Diese neue Regelung führt derzeit in der Praxis zu einiger Verwirrung. Deshalb hat das Bundesgesundheitsministerium im Januar das Prozedere noch einmal klargestellt:

- Der Versicherte zahlt in der Apotheke den Apothekenverkaufspreis (Listenpreis) des gewählten Arzneimittels in bar.
- Der Versicherte reicht das Rezept bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung ein.
- Egal, wie hoch der Listenpreis des gewählten Arzneimittels ist: erstattet wird der Listenpreis des rabattbegünstigten Arzneimittels, maximal bis zum geltenden Festbetrag.
- Abgezogen von diesem Betrag werden Zuzahlungen auf den Listenpreis des rabattbegünstigten Arzneimittels. Ist das rabattbegünstigte Arzneimittel zuzahlungsfrei, entfällt dieser Abzugsbetrag.
- Abgezogen wird außerdem eine Pauschale für entgangene Vertragsrabatte und Verwaltungskosten.
- Die Krankenkasse regelt diese Pauschale und alle Einzelheiten für die Kostenerstattung in ihrer Satzung und erstattet auf dieser Grundlage. Die Satzung muss von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden.
- Die Versicherten müssen von den Krankenkassen über die Abzugsbeträge informiert werden.

Ausdrücklich betont das Ministerium auf seiner Homepage: „Viele Krankenkassen setzen diese Regelungen erst jetzt in ihrer Satzung um. Die Krankenkassen sind aber bereits jetzt verpflichtet, die Kosten zu erstatten und ihren Versicherten Auskunft über die Höhe der Erstattung zu geben.“

Medizinischer Fortschritt

Medikamenten-Innovationen: Die Prognose

Berlin – „2011 ist wieder mit vielen neuen Medikamenten zu rechnen, insbesondere gegen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen.“ Das prognostiziert Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa).

Yzer bezieht sich dabei auf gerade abgeschlossene und laufende Zulassungsverfahren für neue Medikamente.

2011 sollen neue Medikamente unter anderem die Behandlung von fortgeschrittenem Brust- und Prostatakrebs verbessern helfen. Beide haben Vorbilder in der Natur – in Substanzen aus Eiben bzw. einem asiatischen Meeresschwamm – doch haben Pharmaforscher sie gezielt abgewandelt, um sie noch wirksamer und verträglicher zu machen. Zwei neue Antibiotika sollen Bakterien bekämpfen, die gegen ältere Mittel resistent geworden sind. Erstmals seit fünf Jahrzehnten könnte auch ein neues Medikament gegen Lupus verfügbar werden, eine Autoimmunkrankheit, die mit Entzündungen im ganzen Körper einhergeht. Für Patienten mit Multipler Sklerose – einer Krankheit, die zu Lähmungen und Sinnesstörungen führt – könnten mehrere neue Präparate auf den Markt kommen; sie sollen Symptome lindern und die Häufigkeit von Krankheitsschüben senken. Zwei Kombinationspräparate gegen Malaria, die 2011 die Zulassung erhalten könnten, wurden vor allem für Entwicklungsländer entwickelt. Sie dürften aber auch reisenden Europäern zugute kommen. Entwicklungspartner war in beiden Fällen die Organisation Medicines for Malaria Venture (MMV).

Seltene Erkrankungen: Neue Medikamente kommen auf den Markt

Weitere Details zu den neuen Präparaten: 25 bis 30 der kommenden Medikamente dürften auf neuen Wirkstoffen basieren; bei weiteren Präparaten werden bekannte Wirkstoffe durch eine neue Darreichungsform gegen eine weitere Krankheit einsetzbar – etwa ein Wirkstoff aus der Transplantationsmedizin für die Behandlung von Bindehautentzündungen. Fast ein Drittel der neuen Medikamente wird voraussichtlich der Behandlung seltener Erkrankungen dienen, etwa der Lungenfibrose oder einer angeborenen

renen Störung der Gallen-Bildung. „Damit bestätigt sich der Trend der letzten Jahre, dass Pharma-Unternehmen sich immer stärker für Patienten mit seltenen Krankheiten engagieren“, so Yzer.

Interview Rösler

„2011 wird das Jahr der Pflege“

Berlin – Welches Resümee zieht Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler für 2010, was sind die großen gesundheitspolitischen Themen 2011? Lesen Sie mehr im Interview.

Herr Minister, Ihre Bilanz zum Jahresende? Hat sich die Arbeit gelohnt?

Dr. Philipp Rösler: Ich habe eine hohe Verantwortung, aber auch enorme Möglichkeiten, für die Menschen Gutes zu bewirken. Deshalb bin ich gerne Bundesgesundheitsminister. Wer auf diesem Feld Verantwortung trägt, bekommt immer Gegenwind. Dieser Erfahrungswert hat sich auch in meinem Fall bewahrt. Das war mir klar. Es war nicht immer einfach. Am Ende aber waren wir erfolgreich.

Erfolg trotz Gegenwind: Woran machen Sie das fest?

Rösler: Wir haben wesentliche strukturelle Reformen für die Zukunft auf den Weg gebracht. So ist es uns gelungen, die Gesundheits- von den Lohnnebenkosten zu entkoppeln. Das sichert Arbeitsplätze und stärkt den Wirtschaftsstandort Deutschland. Mehr Eigenverantwortung, Wettbewerb und Transparenz halten nun Einzug in das Gesundheitssystem, etwa durch mehr Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen. Und mit der Neuordnung des Arzneimittel-Marktes haben wir das bisherige Preismonopol der Pharmahersteller endlich gebrochen.

Worüber haben Sie sich am meisten geärgert im vergangenen Jahr, worüber am meisten gefreut?

Rösler: Geärgert hat mich, dass noch nicht deutlich geworden ist, dass die Pharmaindustrie erstmals zu einem großen Sparbeitrag gezwungen wurde. Die Arzneihersteller tragen mit jährlich zwei Milliarden Euro sogar am stärksten zu den Einsparungen auf der Ausgabenseite bei. Gefreut habe ich mich über mein Gefühl, dass nach anfänglichem Gezerre nun alle politischen Partner an einem Strang ziehen.

Ist das Festschreiben des Arbeitgeberbeitrages eigentlich unsolidarisch? Außerdem werfen Ihnen Kritiker vor, allein auf die Kostendämpfungspolitik Ihrer Vorgänger zu setzen.

Rösler: Wir mussten neben den strukturellen Reformen Sofortmaßnahmen einleiten, um das drohende Milliardendefizit der gesetzlichen Krankenversicherung abzuwenden. Die Alternative wäre gewesen, viele Krankenhäuser und Arztpraxen zu schließen. Das wollen wir nicht. Und das wollen auch die Menschen nicht. Im Zusammenhang mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages leisten wir einen Beitrag für mehr Arbeitsplätze und organisieren den notwendigen Sozialausgleich im Steuersystem. Gerade das ist gelebte Fairness. Denn im Steuersystem tragen alle zur Solidarität bei, nicht nur die Beitragszahler.

Ein Blick nach vorne. 2011 soll nach Ihrer Aussage das Jahr der Pflege werden.

Rösler: Genau. Künftig werden immer mehr Menschen wegen des Älterwerdens unserer Gesellschaft Pflege benötigen. Deshalb müssen wir das System schon heute auf ein besseres Fundament stellen. Über die Unterstützung der Pflegeverbände freue ich mich sehr. Das hilft. Gemeinsam mit ihnen werden wir in den nächsten Monaten im Pflege-Dialog darüber sprechen, wie wir Verbesserungen erreichen

können. Dieser Pflege-Dialog knüpft an das Auftaktgespräch zum Fachkräftemangel in der Pflege an, das Anfang Dezember stattgefunden hat.

Gibt es weitere Schwerpunkte im kommenden Jahr?

Rösler: Ein weiterer Schwerpunkt wird die ärztliche Versorgung sein. Gerade auf dem Land gibt es hier erhebliche Probleme. In gemeinsamen Beratungen mit den Ländern wollen wir das Thema angehen und ein Versorgungsgesetz auf den Weg bringen. Auch Fragen der Prävention werden im Mittelpunkt stehen. Ich will diejenigen begeistern, die für Angebote der Krankheitsvorbeugung bislang kaum ansprechbar sind. Das gelingt am besten über die niedergelassenen Ärzte. Sie haben den Zugang zu den Menschen. Auch die Apotheken, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe sollen einbezogen werden. Außerdem will ich die Aufklärung über die Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung verstärken. Betriebliche Gesundheitsförderung ist heute ein wesentlicher Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg.

Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de

G-BA

In der Warteschleife: Mindestmengen für Neugeborenen-Versorgung

Berlin – Durch Beschlüsse des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg ist vorerst die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Juni 2010 beschlossene Anhebung der Mindestzahl bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen außer Vollzug gesetzt. Die Hintergründe.

Über 20 Krankenhäuser haben einen Antrag auf einstweilige Anordnung gestellt. Die mündliche Verhandlung ist für den 26. Januar 2011 angesetzt (nach Redaktionsschluss). Daraufhin hat der G-BA im Dezember entschieden, dass sein Mindestmengen-Beschluss bis zum 28. Februar 2011 zumindest ausgesetzt werden soll, um auch Krankenhäuser, die keine Anträge auf einstweilige Anordnung gestellt haben, einzubeziehen. Darüber hinaus soll Zeit für weitere Beratungen und gegebenenfalls erforderliche Schritte gewonnen werden.

Für die Patientenvertreter im G-BA ist die Aussetzung des Beschlusses „ein völlig falsches Signal und unnötig“. Damit entstehe eine „riesige Qualitätslücke“, so eine Patientenvertreterin auf der Pressekonferenz des G-BA im Dezember. Diese Befürchtung teilt auch der GKV-Spitzenverband.

„Schwierige Entscheidung“: die Erhöhung der Mindestmengen

Die Vorgeschichte: Der G-BA hat im Sommer vergangenen Jahres die Qualitätsanforderungen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen erhöht und die verbindliche Anzahl von vorher 14 auf 30 behandelte Früh- und Neugeborene pro Jahr als Voraussetzung dafür festgelegt, dass ein Krankenhaus auch weiterhin die sehr betreuungsintensiven „Frühchen“ mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm behandeln darf.

Der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess spricht bereits im Juni von einer schwierigen Entscheidung. „Die Entscheidung war deshalb so schwierig, weil Mindestmengen auch dazu führen, dass die medizinische Behandlung auf Zentren konzentriert wird, und dies wiederum einer wohnortnahen Versorgung entgegenstehen kann.“ Nach Abwägung aller Argumente, Einbeziehung wissenschaftlicher Literatur sowie internationaler Erfahrungen sei man zu dem Ergebnis gekommen, dass man die Versorgung von sehr leichten Kindern mit einem extrem hohen Risiko am besten mit Erhöhung der Mindestzahl verbessern könne. Mit dem Wegfall der Mindestzahl 14 als Voraussetzung für die Versorgung von etwas schwereren Früh- und Neugeborenen solle der Erhalt der wohnortnahen Behandlungsmöglichkeiten von Müttern und Kindern gesichert werden.

Gegen diesen im Juni 2010 vom G-BA gefassten Beschluss, der zum 1. Januar 2011 in Kraft treten sollte, haben nun einige Kliniken beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Klage und Anträge auf einstweilige Anordnung eingereicht.

Mindestmengen und G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern (§ 137 Sozialbuch V) den gesetzlichen Auftrag, einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist. Zudem soll auch die konkrete Menge festgelegt werden. Ist der Beschluss des G-BA rechtskräftig, darf ein Krankenhaus die betreffende Leistung nur noch in dem festgeschriebenen Umfang (Mindestmenge) erbringen. Dies gilt auch für privat versicherte Patienten.

Quelle: www.g-ba.de

Die Mindestmengenvereinbarung des G-BA kann im Internet nachgelesen werden.
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/5/

Präimplantationsdiagnostik

Bundestag bereitet Entscheidung vor

Berlin – Ein erster fraktionsübergreifender Gesetzentwurf zur Präimplantationsdiagnostik (PID) ist kürzlich vorgestellt worden. Danach soll die PID eingeschränkt zugelassen werden. Der Bundestag will im Frühsommer entscheiden.

Der Hintergrund: Seit der Bundesgerichtshof (BGH) im Juli 2010 einen Reproduktionsmediziner freigesprochen hat, der Embryonen im Zuge einer künstlichen Befruchtung genetisch untersucht hatte, wird in Deutschland diskutiert, ob Gentests an künstlich befruchteten Embryonen zukünftig verboten oder anderweitig reguliert werden sollen. Zuvor war eine solche PID bereits durch das Embryonenschutzgesetz als verboten betrachtet worden.

PID in „zu prüfenden Ausnahmefällen“ zulassen

Die Initiatoren des fraktionsübergreifenden Gesetzentwurfs – vorgelegt von Peter Hintze (CDU), Ulrike Flach (FDP), Carola Reimann (SPD), Jerzy Montag (Grüne) und Petra Sitte von der Linkspartei – rechnen mit einer breiten Zustimmung im Bundestag. Worum es konkret geht: Das Embryonenschutzgesetz soll um einen Paragraphen erweitert werden, der die PID zwar grundsätzlich verbietet, jedoch in zu prüfenden Ausnahmefällen zulässt. Solche Regelungen soll es Flach zufolge dann geben, wenn es in der Familie schwere Erbkrankheiten gebe oder die Wahrscheinlichkeit einer Tot- oder Fehlgeburt bestehe. „Wir öffnen nicht die Büchse der Pandora, sondern wollen vor dem Hintergrund des BGH-Urteils Rechtssicherheit schaffen“, betont die stellvertretende FDP-Fraktionsvorsitzende. „Designerbabys oder Geschlechtsauswahl“ werde es mit diesem Gesetz nicht geben. Eine ausführliche humangenetische und psychosoziale Beratung des betroffenen Paares sowie die Zustimmung einer Ethikkommission seien Voraussetzung für eine PID. Einen Indikationskatalog soll es nicht geben.

Für Peter Hintze soll die Freigabe der PID der Frau einen schwerwiegenden Schwangerschaftskonflikt ersparen, der sich aus vorgeburtlichen Gentests des heranwachsenden Kindes im Mutterleib ergeben könnte. Ziel sei es, den Wertungswiderspruch zwischen PID und Pränataldiagnostik (PND) aufzuheben, so Hintze. Mit ihm wolle man das „Ja“ zum Kind stärken und den Schrecken von Fehl- und Totgeburten

nehmen. „Die PID ist eine humane Alternative zur PND und ihrer bitteren Konsequenz der Abtreibung“, sagt der CDU-Politiker.

Lebenshilfe für Verbot, Ärzteschaft für eingeschränkte Zulassung

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. lehnt dagegen die PID weiterhin ab. „Das Verfahren unterscheidet zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben“, so Robert Antretter, Bundesvorsitzender der Lebenshilfe. Damit könnten künftig bestimmte Behinderungen und chronische Krankheiten gezielt verhindert werden. „Doch was ist mit denjenigen Menschen, die heute mit solchen Behinderungen oder Krankheiten leben?“ Diskriminierung und eine Abnahme gesellschaftlicher Solidarität seien die Folge.

Bei der Ärzteschaft konstatiert der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, eine Kehrtwende. „Ich gehe davon aus, dass sich der nächste Ärztetag für die Zulassung der PID in engen Grenzen aussprechen wird“, sagt Hoppe der Frankfurter Rundschau. Das beschlossene Verbot vom Ärztetag 2002 in Rostock werde keinen Bestand haben, prophezeit er. Der BÄK-Präsident bezeichnet es darüber hinaus als „nicht unwahrscheinlich“, dass sich der Bundestag für die Zulassung der PID in engen Grenzen für Paare mit schwerer genetischer Vorbelastung aussprechen werde. Ein generelles Verbot führe aus seiner Sicht zu einer „unlogischen Diskrepanz“ gesetzlicher Regelungen. Hoppe argumentiert dabei ähnlich wie Hintze: Es sei nicht zu verstehen, warum die Untersuchung auf genetische Schäden vor der Einpflanzung in den Mutterleib verboten werde, wenn gleichzeitig bei einer festgestellten Behinderung Spätabtreibungen erlaubt seien.

Der Bundestag will im Frühsommer 2011 ohne Fraktionszwang über die PID-Zulassung entscheiden. Dabei sollen zwei weitere interfraktionelle Anträge diskutiert werden: einer sieht eine noch engere Zulassung der PID vor, der andere ein komplettes Verbot.

Blick in andere Länder

Der Deutsche Ethikrat arbeitet derzeit an einer Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik (PID), die er Anfang März 2011 vorlegen möchte. Vor diesem Hintergrund hat sich der Rat am 16. Dezember 2010 in einer öffentlichen Anhörung über die Regulierung und Praxis der PID in Belgien, Großbritannien und Frankreich informiert. Patrick Gaudray, Mitglied des Französischen Ethikrates, erläuterte beispielsweise das französische Modell, bei dem der PID enge Grenzen gesetzt sind, die nur innerhalb des Fortpflanzungsmedizingesetzes geändert werden können. Derzeit darf die PID nur in drei lizenzierten Zentren durchgeführt werden und nur bei Familien, die bereits von einer schweren und unheilbaren genetisch bedingten Krankheit betroffen seien. Eine Liste konkreter Krankheitsanlagen, die untersucht werden dürfen, gebe es nicht, stattdessen wird jeder Einzelfall im Rahmen eines festgelegten Verfahrens geprüft.

Von besonderem Interesse war bei der Anhörung auch die Zahl der für eine PID verwendeten Embryonen. Diese liegt in anderen Ländern zumeist deutlich über den vom deutschen Embryonenschutzgesetz für die Zeugung nach herrschender Auffassung maximal erlaubten drei Embryonen pro Zyklus.

Links

Die detaillierte Position der Lebenshilfe, die ein vollständiges Verbot der PID fordert, finden Sie im Wortlaut unter www.lebenshilfe.de.

Weitere Informationen zur Anhörung sind unter

www.ethikrat.org/veranstaltungen/anhoerungen/praeimplantationsdiagnostik abrufbar.

Gutartige Prostataerkrankungen

GKV-Leistungskatalog zusammengestrichen

Berlin – Gering-invasive Verfahren zur Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung standen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf dem Prüfstand. Wie haben welche Methoden abgeschnitten?

Knapp zusammengefasst lässt sich der G-BA-Beschluss auf folgenden Nenner bringen: Zwei der 15 begutachteten Verfahren können künftig neben der Behandlung im Krankenhaus auch in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden, acht streicht das Gremium aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Studien werden noch abgewartet

Der G-BA ist im Dezember zu dem Ergebnis gekommen, dass nur die Resektion sowie die Enukleation der Prostata mittels Holmium-Laser die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, um als Behandlungsmethoden im GKV-System angewendet zu werden.

Bei fünf Methoden konnte der G-BA den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit nicht abschließend beurteilen. Da jedoch in absehbarer Zeit dazu Studien erwartet werden, hat er die Entscheidung bis zum 31. Dezember 2016 ausgesetzt. Dies gilt für: die Kontakt-Laserablation, die visuelle Laserablation, die photoselektive Vaporisation, die Resektion der Prostata mittels Thulium-Laser und die transurethrale Mikrowellen Thermotherapie. Bis dahin können Patienten diese Methoden zu Lasten der GKV als Krankenhausbehandlung oder in der vertragsärztlichen Versorgung, hier aber nur im Rahmen von Studien, beanspruchen. Der G-BA legt zudem für die Anwendung dieser Verfahren im Krankenhaus umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung fest.

Acht weitere Methoden hat der Bundesausschuss aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen: zwei Hybrid-Laser-Verfahren, die interstitielle Laserkoagulation, die Holmium-Laser-Ablation, die Holmium-Laser-Blasenhalsinzision, die transurethrale radiofrequente Nadelablation, der fokussierte Ultraschall hoher Intensität, die wasserinduzierte Thermotherapie sowie die transurethrale Ethanolablation der Prostata.

Nutzen und Notwendigkeit endoskopischer Behandlungsalternativen

Das benigne Prostatasyndrom ist eine mit zunehmendem Alter häufiger vorkommende gutartige Erkrankung, die abhängig vom Schweregrad zu unterschiedlich ausgeprägten Beschwerden und Einschränkungen der Lebensqualität führt. Es gibt verschiedene, auch operative Therapiemöglichkeiten, die teilweise die Lebensqualität einschränken, aber auch gravierendere Nebenwirkungen haben können. Dies hat dazu geführt, dass endoskopische Behandlungsalternativen entwickelt wurden, die der G-BA nun hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer medizinischen Notwendigkeit für die betroffenen Patienten bewertet hat. Der Entscheidung des Gremiums liegen unter anderem zwei Berichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zugrunde.

Heftige Kritik von der DKG

Auf der Pressekonferenz beurteilt der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess den Beschluss als „sehr patientengerecht“. Diesem Urteil kann sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht anschließen. Deren Hauptgeschäftsführer Georg Baum hebt hervor, dass der G-BA erneut die Versorgungsmöglichkeiten für gesetzlich Versicherte einenge. Unter anderem für die Ärzte in der Klinik werde es zunehmend unüberschaubar, welche Anforderungen der G-BA an die vorzulegende Evidenz stelle, so Baum. „Trotz des Vorliegens von 64 sogenannten randomisierten klinischen Studien, diversen systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen – also Evidenz auf der höchsten Stufe – sah der G-BA es bei vielen der bewerteten Verfahren nicht als möglich an, zu einem abschließenden Urteil zu gelangen.“ Mit den Aussetzungsbeschlüssen zu fünf Verfahren sollen laut G-BA neue Studien angestoßen werden.

Baum glaubt nicht daran: „Da der Stellenwert der betreffenden Verfahren unter Experten bereits abschließend geklärt ist ... oder die vom G-BA benannten Verfahren nicht mehr in dieser Form angewendet werden, wird dies nicht geschehen“, prophezeit der Krankenhaus-Vertreter.

Hinweis: Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Links

Der Beschlusstext des Gemeinsamen Bundesausschusses:

www.g-ba.de/downloads/39-261-1253/2010-12-16_KHMe_RL-NMLV-BPS.pdf

Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/7798/title/DKG_zu_den_Beschluessen_des_G-BA_zur_Behandlung_der_gutartigen_Prostatavergroesserung

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
Denis Dubru
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

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