

Editorial: Patientenregister



München – Die systematische Erfassung von Patientendaten in Registern bietet immense Chancen für das Verständnis von Krankheiten, die Verbesserung von Therapiemöglichkeiten oder das Abwenden gesundheitlicher Gefahren. Gerade beginnt der Aufbau eines Nationalen Krebsregisters. In Methoden, Möglichkeiten, Umsetzungen und die Umgangsweise mit den Daten von Patientenregistern möchte dieser Patientenbrief einen Einblick geben.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: Patientenregister

- **Was ist das und wozu braucht man es?**
Berlin – Sinn und Ziel von Patientenregistern ist es, mehr über Krankheiten und deren Verbreitung zu erfahren und das vorhandene Wissen bei der Behandlung allgemein zugänglich zu machen. » [Seite 2](#)
- **Nutzen und Grenzen der Registerforschung**
Berlin – Wie ein Register gestaltet wird, hängt von der vorgegebenen Zielsetzung und der Registerart ab. Je nach Art des Registers lassen sich unterschiedliche Aussagen aus den Daten ableiten.
» [Seite 4](#)
- **Mit dem KRFG wird die bundesweite Datenauswertung möglich**
Berlin – Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KRFG) ist im April 2013 in Kraft treten. In allen Bundesländern werden demnach verbindlich klinische Krebsregister eingerichtet und damit Ziele des Nationalen Krebsplans erreicht. » [Seite 6](#)
- **Wenn Patienten die Qualitätssicherung selbst in die Hand nehmen**
Berlin – Wieso warten, bis sich die Wissenschaft eines Themas annimmt? Im Jahr 2006 gründete der Mukoviszidose e.V. eine eigene gGmbH, um Forschungsprojekte zu fördern und die Ergebnisse den Mukoviszidose-Betroffenen zugänglich zu machen. » [Seite 7](#)
- **Verlässliche Förderung in Resolution angemahnt**
Berlin – Die nachhaltige Finanzierung ihrer Arbeit stellt für die Selbsthilfe eine Herausforderung dar. Eine Förderungsmittelkürzung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konnte für die Jahre 2013/2014 gerade noch abgewendet werden. » [Seite 10](#)
- **Bestandsmarktaufruf – kritische Diskussion**
Berlin – Für Unruhe in der Gesundheitspolitik sorgt die Diskussion, das Nutzenbewertungsverfahren für neue Medikamente ebenso auf patentgeschützte Medikamente im bestehenden Markt^a anzuwenden. » [Seite 11](#)
- **„Unnötige“ Mengenentwicklung versus ausgezeichnete Versorgung**
Berlin – Seit Monaten steht die steigende Zahl von Operationen im öffentlichen Fokus. Deutschland nehme eine Spitzenposition in der Versorgung ein, argumentiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). » [Seite 12](#)

Patientenregister

Was ist das und wozu braucht man es?

Berlin – Sinn und Ziel von Patientenregistern ist es, mehr über Krankheiten und deren Verbreitung zu erfahren und das vorhandene Wissen bei der Behandlung allgemein zugänglich zu machen.

Die Bedeutung von systematisch erfassten Patientendaten in Form von Registern nimmt in vielen Bereichen des Gesundheitswesens immer weiter zu. Einerseits liegt dies am traditionellen Bestreben der Wissenschaft, die Versorgungssituation im medizinischen Bereich besser zu verstehen und durch gezielte Maßnahmen zu verbessern. Andererseits sorgen die zunehmend knappen (finanziellen) Ressourcen im Gesundheitswesen für einen erhöhten Bedarf an versorgungsspezifischen Daten zu Nutzen und Effizienz der Behandlungsverfahren.

Patientenregister: Definition und Voraussetzungen

Das „Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung“ (DNVF) definiert Patientenregister wie folgt: „Ein Register ist eine möglichst aktive standardisierte Dokumentation von Beobachtungseinheiten zu vorab festgelegten aber erweiterbaren Fragestellungen, für die ein präziser Bezug zur Zielpopulation transparent darstellbar ist.“

Patientenregister sind demzufolge systematische Datensammlungen zu vorab definierten Beobachtungseinheiten, wie beispielsweise Patienten oder aber auch Gesunde. Ebenso können spezifische Personengruppen oder Behandlungseinheiten wie beispielsweise Kliniken im Fokus eines Registers stehen. Die zu erhebenden Daten können prospektiven oder retrospektiven Charakter haben, also Informationen über zukünftige oder bereits vergangene Beobachtungseinheiten umfassen. Im Zuge der Registerforschung werden solche Daten erhoben, die für die Erkrankung oder Behandlung als wichtig identifiziert wurden (zum Beispiel der Body Mass Index (BMI), oder das Auftreten bestimmter Komplikationen). Das kooperierende Behandlungszentrum leitet diese Daten dann an eine zentrale Koordinierungsstelle weiter, wo sie gebündelt in einer Datenbank gespeichert werden. So lässt sich nachverfolgen, wie sich diese Daten und die damit verbundenen Merkmale über die Zeit verändern und idealerweise Rückschlüsse darauf ziehen, was sie positiv oder negativ beeinflusst. Da das Versorgungsgeschehen unbeeinflusst von der Datenerhebung bleibt, werden Register – im Gegensatz zu klinischen Studien – als nicht-interventionell (nicht-eingreifend), sondern beobachtend bezeichnet. Stattdessen spiegeln sie die Versorgung unter Routinebedingungen wider.

Unterschiedliche Register, Ziele und Initiatoren

Grundsätzlich unterscheidet man folgende vier Registerformen:

- Register zur Erfassung von bestimmten Erkrankungen und deren Merkmalen (sog. Krankheitsregister),
- Register zur Erfassung der Versorgung von Patienten mit therapeutischen Substanzen oder Medizinprodukten (sog. Produktregister),
- Register zur Erfassung der Behandlungsqualität (sog. Qualitätsregister)
- Register zur Erfassung bestimmter Expositionen, anstatt deren Auswirkungen wie z.B. Krankheit (sog. populationsbezogene Register).

Ebenso vielfältig wie die Registerformen sind auch deren Zielsetzungen. Registerdaten können beispielsweise der epidemiologischen Berichterstattung dienen, indem sie Daten über die Häufigkeit, die regionale Verbreitung und die zeitliche Entwicklung bestimmter Erkrankungen bereitstellen. Ebenso bieten Register die nötige Datenbasis für die Evaluation der Versorgungsqualität bestimmter Patientengruppen. Aus Patientenregistern gewonnene Daten können zudem die klinische Forschung unterstützen

und Daten zur Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität therapeutischer Maßnahmen liefern.

Vor allem aber bilden Register die Versorgungsrealität ab und können im Rahmen der Versorgungsforschung wichtige Impulse zu deren Verbesserung geben. Unter Versorgungsforschung versteht man ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt. Es trägt zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte bei, erforscht die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend und evaluiert, also bewertet, die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen.

Häufig kommen die Impulse zur Entwicklung eines Patientenregisters aus der Wissenschaft, z.B. um die Grundlagenforschung in einer Indikation voranzutreiben.

Das COMPERA Register

Im Jahr 2007 startete das sog. Prospective Registry of Newly Initiated Therapies for Pulmonary Hypertension – kurz: COMPERA. Der Impuls zum Aufbau des prospektiven, multizentrischen Registers ging von den beteiligten Studienzentren aus. Das Projektmanagement übernahm das Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden, den Principal Investigator des Registers stellte die Medizinische Hochschule Hannover. Gemeinsam mit den Firmen Actelion, AOP Orphan, Bayer, Lilly, Novartis und Pfizer unterstützt GlaxoSmithKline das COMPERA Register mit einem finanziellen Teilbetrag, um zu einer Verbesserung der Behandlungssituation der Patienten beizutragen.

Da derzeit verschiedene medikamentöse Therapien für Patienten mit pulmonaler Hypertonie (PH) und pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) zur Verfügung stehen, nimmt das COMPERA Register die routinemäßige Versorgung der Patienten genauer unter die Lupe und geht der Frage nach, von welchen Faktoren eine erfolgreiche und sichere Therapie abhängt. Auch Aspekte wie Lebensqualität und Therapietreue („Adhärenz“) sollen im therapeutischen Alltag analysiert werden.

Erklärtes Ziel des Registers ist die prospektive Dokumentation der klinischen Charakteristika der eingeschlossenen Patienten mit PH oder PAH. Auf Basis der Langzeitdaten soll die medikamentöse Behandlung von betroffenen Patienten optimiert und damit eine Verbesserung der allgemeinen Behandlungssituation erreicht werden.

Weiterführende Links: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT01347216>

Neben der Einführung eines Patientenregisters durch die Wissenschaft existieren jedoch auch Fälle, in denen die Politik den Anstoß zu einem Register gab, wie beispielsweise im Falle des Nationalen Krebsregisters, oder Patientenorganisationen den Stein ins Rollen gebracht haben.

Aufbau eines Patientenregisters

Nach Ansicht eines führenden Experten, Prof. Dr. Matthias Augustin (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), ist die Klärung folgender Punkte Voraussetzung für den Aufbau eines Patientenregisters: Fragestellung, Methode, Daten, Datenerhebung, Datenmanagement, Datenanalyse, Projektsteuerung und Berichterstattung. In einem sog. Registerprotokoll werden sämtliche Planungsschritte festgehalten und das konkrete Vorgehen beschrieben. Auch nach der Inbetriebnahme eines Registers wird das Protokoll fortgeführt und zeichnet Weiterentwicklungen und Anpassungen des Registers auf.

Das A und O eines Patientenregisters ist die eindeutige Formulierung der zugrunde liegenden Fragestellung. Diese ist jedoch nicht in Stein gemeißelt, sondern kann im Laufe der Zeit durch zusätzliche Fragestellungen ergänzt werden. Entsprechende Änderungen sind im Registerprotokoll zu benennen und zu

begründen. Entsprechend der gewählten Fragestellung sollten die zu erhebenden Merkmale definiert werden. Diese lassen sich je nach Erkenntnisinteresse grob nach den Kategorien Patient, Behandlung, Ergebnis und Rahmenbedingungen unterteilen.

Sind diese grundsätzlichen Entscheidungen gefallen, gilt es, die Methodik und das Forschungsdesign des Registers festzulegen. Die Patientenpopulation, über die Aussagen getroffen werden sollen, muss über Ein- und Ausschlusskriterien möglichst genau definiert werden. Da Patientenregister oftmals die Versorgungsrealität insgesamt in den Blick nehmen, werden häufig nur wenig einschränkende Kriterien formuliert. Das Verfahren zur Erhebung der Daten der Patientenpopulation kann ganz unterschiedlich organisiert sein. Zur Entscheidung steht beispielsweise, an wie vielen Standorten Daten erhoben werden sollen und wie die Übermittlung der Daten gestaltet wird, also entweder in Papierform oder auf elektronischem Weg. Ebenso sollte hier der Erhebungszeitraum und eine eventuelle Nachverfolgung der Patientenpopulation (sog. follow-up) festgelegt werden.

Neben diesen inhaltlichen Fragen ist es wichtig, die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und die Finanzierung des Registers frühzeitig zu regeln. Ebenso sollte geklärt werden, in welcher Form die Berichterstattung der Ergebnisse erfolgt.

Rechtliche Grundlagen und Datenschutz

Da im Zuge der Registerforschung hoch sensible Daten erhoben werden, sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen, ein unberechtigtes Zugreifen Dritter oder die unerlaubte Verwendung dieser persönlichen Daten auszuschließen. Die grundsätzliche Datensicherheit auf Basis aller rechtlichen Vorgaben des Bundes- und der Landesdatenschutzgesetze ist auch für Patientenregister gewährleistet. Hinzu kommen gesonderte datenschutzrechtliche Bestimmungen, die im Wesentlichen davon abhängen, ob aus den erhobenen Registerdaten ein Bezug zur Person herstellbar ist. Welche Datenschutzregelungen für ein Patientenregister gelten, sollte daher unbedingt mit dem zuständigen Landesdatenschutzverantwortlichen geklärt werden. Ebenso empfiehlt sich die Einholung eines Votums einer Ethik-Kommission, um sicherzustellen, dass ethische Aspekte im Aufbau und Betrieb des Registers adäquat berücksichtigt wurden.

Wenn klinische Studien geplant werden und Wissenschaftler klinische und genetische Daten der registrierten Patienten nutzen wollen, sind ein positives Votum der Ethikkommission und die schriftliche Zustimmung des Patienten zur Registerteilnahme erforderlich. Ebenso die sichere Übermittlung, Verwahrung und Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten.

Weiterführende Links

<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/versorgungsforschung.html>

<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/versorgungsforschung.php>

http://www.offis.de/fileadmin/Redakteur_fue_files/Gesundheit/EMS/Folien/EMS_Kolloquium_Versorgungsforschung_Prof._Pfaff__Uni_Koeln__Folien_20110502.pdf

Potenziale von Patientenregistern

Nutzen und Grenzen der Registerforschung

Berlin – Wie ein Register gestaltet wird, hängt von der vorgegebenen Zielsetzung und der Registerart ab. Je nach Art des Registers lassen sich unterschiedliche Aussagen aus den Daten ableiten.

Wie bereits erwähnt, gibt es eine Reihe von Registern, die jeweils ganz unterschiedliche Ziele verfolgen (Vgl. Medikamentenregister, Produktregister, Krankheitsregister und populationsbezogene Register).

Dabei gilt jedoch stets: „Ein Patientenregister muss den Interessen und Rechten der teilnehmenden Patienten und Ärzten ebenso gerecht werden wie den ökonomischen Aspekten der Umsetzbarkeit und wissenschaftlichen Forschungsqualität.“ Diese Kriterien nennt der Experte Dr. phil. Stephan Jeff Rustenbach (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Es gehe dabei um eine Standardisierung, die Sicherung der Objektivität (Eindeutigkeit), die Reliabilität (Zuverlässigkeit), die interne und externe Validität (Verwertbarkeit) und schließlich um die Utilität (Nützlichkeit der Diagnostik). Es sei darauf zu achten, dass der Betrieb eines Registers nicht zu Lasten der Versorgungsroutine erfolge.

Nutzen für die Patienten

Patienten können auf Basis von Registerdaten verlässlichere Informationen über den möglichen Verlauf und die Prognose ihrer Erkrankung bekommen. Zudem können Register zu einer Erhöhung der Transparenz der Versorgungslandschaft beitragen, wenn beispielsweise explizit die Behandlungsqualität in den Blick genommen wird. Bisher sind allerdings Einzeldaten zur Qualität der Versorgung, die Patienten auch bei der Entscheidung für eine bestimmte Einrichtung helfen könnten, noch nicht bei allen Registern öffentlich zugänglich.

Langfristig besteht der Nutzen von Patientenregistern darin, den Weg für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu ebnen, die sich aus der Transparenz der Daten und dem Vergleich verschiedener Einrichtungen ergibt. Auf Basis dieser Erkenntnisse können fundierte Maßnahmen eingeleitet werden, die Patienten eine bessere Behandlung ermöglichen.

Eine entscheidende Aufgabe besteht aber darin, darauf zu achten, dass der Patient bei der Behandlung immer als Individuum gesehen wird und nicht nur als ein „Objekt“, das mit seinen Daten in einem möglichst vollständigen Register untergebracht werden soll. Entscheidet sich ein Patient gegen die Register-Teilnahme, darf er nicht „Patient zweiter Klasse“ werden.

Nutzen für die Ärzte

Indem Patientenregister der Frage nachgehen, ob die Behandlung von Patienten überall gleich gut ist, sammeln sie aktuelle Erkenntnisse über den Erfolg einer bestimmten Behandlungsform. Damit sind sie für Ärzte eine wichtige Quelle, um ihre Behandlungsentscheidungen zu prüfen. Ebenso bieten die Ergebnisse aus der Registerforschung eine Gesprächsgrundlage, auf deren Basis erfolgreiche Behandlungsstrategien diskutiert und weiterentwickelt werden können. Sie bieten Ärzten also eine Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und sich in ihrem Fachbereich weiter zu spezialisieren.

Wegen der größeren Transparenz der Daten gibt es im ärztlichen Bereich aber auch immer wieder Vorbehalte – insbesondere gegen gesetzlich zwingende Vorgaben – Daten in bestimmte Register einzugeben.

Grenzen von Patientenregistern

Patientenregister sind keineswegs der einzige „Königsweg“ zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Das Individuum Mensch lässt sich mit seinen gesundheitlichen Befindlichkeiten nicht einfach genormt in einem Register erfassen, denn Gegenstand der Erhebung können allein allgemeine Merkmale der jeweiligen Erkrankung oder Behandlung sein. Individuelle Aussagen sind daher aus den Ergebnissen der Registerforschung auch nicht ableitbar. Des Weiteren verweist Rustenbach darauf, dass in einem Register nicht randomisiert werde – es gibt also keine zufällige Zuordnung in eine Kontrollgruppe und Vergleichsgruppe –, „was die Chance auf strukturgleiche Vergleichsgruppen“ mindere. Somit könne kein direkter kausaler Wirksamkeitsnachweis für ein Therapeutikum ermittelt werden und Störfaktoren, sogenannte Confounder, könnten die Ergebnisse beeinflussen.

Zudem bestehe auch bei Registern die Gefahr, dass die nicht-selektive, also die nicht ausgewählte, Re-

krutierung zu einer Unrepräsentativität (selection bias) der Registerteilnehmer für die Zielpopulation (definierte Bezugsgruppe, z.B. alle 18jährigen) führe. Auch die aufwändige Sicherung der Datenqualität stellt eine große Herausforderung der Führung eines Registers dar.

Weiterführenden Links:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Patientenregister>

Debus et al. 2012 Registerforschung in der Gefäßmedizin

Rustenbach et al. 2011 Registerforschung in der Dermatologie

http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/policy/registries/index_en.htm

Nationales Krebsregister

Mit dem KRFG wird die bundesweite Datenauswertung möglich

Berlin – Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) ist im April 2013 in Kraft treten. In allen Bundesländern werden demnach verbindlich klinische Krebsregister eingerichtet und damit Ziele des Nationalen Krebsplans erreicht.

Unterschied: Epidemiologische und klinische Krebsregister

Zunächst eine Begriffsklärung: Für die epidemiologischen Krebsregister ist der Wohnort eines Patienten die Grundlage für die Erfassung; bei den klinischen Registern ist es die Einrichtung, in der die Behandlung stattfindet oder die Nachsorge. Epidemiologische Krebsregister erfassen, wie häufig Krebs in Deutschland vorkommt, also die Zahl der Erkrankungen. Klinische Krebsregister geben Aufschluss darüber, wie die Patienten versorgt werden und mit welchem Erfolg. Die Nachverfolgung der entlassenen Tumorpatienten und die Rückmeldung aktueller Überlebenszeit- und Verlaufsdaten an die primären Behandler bilden einen Arbeitsschwerpunkt klinischer Krebsregister. Es ist sinnvoll, durch Datenaustausch zwischen klinischen Krebsregistern alle Daten in dem für den Wohnort zuständigen Krebsregister zusammenzuführen, um eine vollständige Dokumentation einzelner Krebserkrankungen zu erhalten. Regelmäßige Auswertungen und Analysen der Daten und Vergleiche zwischen den behandelnden Einrichtungen bzw. Leistungserbringern können allgemeine oder lokale Verbesserungspotentiale aufdecken und die Grundlagen für geeignete Verbesserungsmaßnahmen bereitstellen.

Nationaler Krebsplan

Der Ausbau der klinischen Krebsregister nach bundeseinheitlichen Standards ist auch Bestandteil des Nationalen Krebsplans, den unter anderem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die Deutsche Krebshilfe im Jahr 2008 vereinbart hatten und dessen Vorstellungen im neuen Gesetz weitgehend umgesetzt wurden. Bereits in der September-Ausgabe 2012 des Patientenbriefes wurde über den Entwurf des KFRG berichtet. Die damals noch offenen Finanzierungsfragen hat man gelöst, indem von den Investitionskosten von geschätzten rund acht Millionen Euro die Deutsche Krebshilfe 90 Prozent übernimmt. Die verbleibenden zehn Prozent zahlen die Bundesländer. Auch die laufenden Kosten sind abgesichert: Die Krankenkassen, und damit die Versicherten, übernehmen 90 Prozent. Für den Rest kommen auch hier die Bundesländer auf.

Das nationale Krebsregister

Von den Krebsregistern der Bundesländer werden die anonymisierten Daten zum „Zentrum für Krebsregisterdaten“ am Robert-Koch-Institut (RKI) weitergeleitet. Dort werden sie auf ihre Vollständigkeit und Zuverlässigkeit geprüft und länderübergreifend ausgewertet. Das „Zentrum für Krebsregisterdaten“ publiziert regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) die bundesweiten Krebsstatistiken.

Damit die Ergebnisse von Region zu Region vergleichbar werden, sollen alle klinischen Krebsregister den gleichen Datensatz nutzen. Eine aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung soll damit für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten zur Verfügung stehen.

Der Weg zur Vereinheitlichung

Folgende Punkte sind für die Ziele des Nationalen Krebsregisters wichtig:

- Flächendeckender Ausbau der klinischen Krebsregister zur Erfassung der Qualität der Versorgung aller Krebskranken,
- Stärkung der Vernetzung regionaler klinischer Krebsregister,
- Stärkere Vernetzung von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern,
- Einbindung in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V,
- Rückmeldung der Daten an alle beteiligten Leistungserbringer in Form einer strukturierten, kritischen Ergebnisbewertung,
- Transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse für Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, Betroffene und Öffentlichkeit und
- Einheitliche Datensätze für die Tumordokumentation.

Daten aus der klinischen Registrierung fließen dann aufbereitet in die epidemiologische Registrierung ein. Das umfangreiche medizinische Datenmaterial soll nur für die klinische Registrierung zur Verfügung stehen und grundlegende Angaben zum Tumor zusammen mit Alter, Geschlecht und Wohnort an das epidemiologische Register weitergegeben werden. Hier will man Synergieeffekte nutzen.

Aufgrund der großen Zahl bestehender klinischer Krebsregister und deren unterschiedlicher Ausgestaltung gibt es eine Übergangszeit für die Vereinheitlichung bis zum Jahr 2018.

Weiterführende Links:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Gutachten-Aufwand-Nutzen-Abschaetzung-Krebsregister.pdf

<http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>

http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/ZfKD/zfkd_node.html

<http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsregister.php>

<http://www.gekid.de/>

Das Patientenregister des Mukoviszidose e.V.

Wenn Patienten die Qualitätssicherung selbst in die Hand nehmen

Berlin – Wieso warten, bis sich die Wissenschaft eines Themas annimmt? Im Jahr 2006 gründete der Mukoviszidose e.V. eine eigene gGmbH, um Forschungsprojekte zu fördern und die Ergebnisse den Mukoviszidose-Betroffenen zugänglich zu machen.

Die Mukoviszidose Institut – gemeinnützige Gesellschaft für Forschung und Therapieentwicklung mbH (MI) ist eine hundertprozentige Tochter des Mukoviszidose e.V. mit Sitz in Bonn. Getreu dem Leitsatz der Selbsthilfe: „Hilfe zur Selbsthilfe“, gründete der Bundesverband die MI im Jahr 2006, um eigene wissenschaftliche Dienstleistungen zur Planung, Durchführung und Auswertung von (klinischen) Projekten bereitzustellen.

Das zentrale, zugrunde liegende Anliegen der Aktivitäten des Mukoviszidose e.V. und der MI, ist die ständige Verbesserung der Qualität der Mukoviszidose-Behandlung auf Struktur-, Prozess- und Ergeb-

nisebene, um die Lebensqualität der Betroffenen und deren Überleben zu verbessern. Einen Baustein, der dazu beitragen soll, stellt das 1995 gestartete Projekt „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ dar. Es bündelt die Daten der zuvor in Frankfurt geführten Mukoviszidose-Jahresstatistik, des Dresdener Mukoviszidose-Registers sowie der Mukoviszidose-Verbundstudie in einem Register und ist somit eine Art „Spiegel der Ist-Situation“, so Marguerite Honer, Klinische Projektmanagerin bei der MI und Ansprechpartnerin für das Projekt „Qualitätssicherung Mukoviszidose“. Zusätzlich zur Registerfunktion verfolgt das Projekt das Ziel, ein nationales Mukoviszidose-Netzwerk aufzubauen und den Weg für ein flächendeckendes Qualitätsmanagement zu ebnet. Denn, das Behandlungsergebnis sei eben nur ein Aspekt, betont Honer. Strukturen und Prozesse müssten im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements ebenso in den Blick genommen werden.

Finanziert wird das Projekt durch Spendenmittel des Mukoviszidose e.V. mit Unterstützung der Christiane Herzog Stiftung. Grundsätze des Projekts sind Patientenaufklärung, Einverständniserklärung und Datenschutz. Kooperierende Mukoviszidose-Behandlungseinrichtungen nehmen mit der Installation der Software Muko.dok an der Qualitätssicherung teil. Bisher ist die Einrichtung bei 93 Kliniken erfolgt und damit eine Abdeckung von ca. 90-95% erreicht. Entscheidend sei der Antrieb der Behandelnden, die Krankheit in Zahlen und Daten zu dokumentieren – vor allem die bereits verbuchten Verbesserungen in der Versorgung. „Mukoviszidose-Ärzte sind der Sache sehr verpflichtet“, so Honer. Immer wieder von Neuem sei sie vom Engagement der Ambulanzen beeindruckt.

Sämtliche Patientendaten werden von den Ambulanzen pseudonymisiert an das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen in Hannover übermittelt und dort ausgewertet. Voraussetzung hierfür ist die bereits erwähnte Zustimmung der Patienten, die von den kooperierenden Einrichtungen schriftlich einzuholen ist. Das Datenmanagement erfolgt dann in einem mehrstufigen Verfahren:

- Stufe 1 umfasst die Kerndaten der Patienten, wie z.B. die Stammdaten des Patienten, Angaben zur Diagnosestellung, dem allgemeinen Gesundheitszustand und Parameter wie Größe, Gewicht, Lungenfunktion und Medikation.
- Stufe 2 ergänzt diese Kerndaten um zusätzliche Informationen aus dem Versorgungsalltag. Klinische Daten, therapeutische Angaben und Labordaten, die routinemäßig bei jedem Patientenkontakt erhoben werden, fließen hier ein.

Einmal jährlich erfolgt eine Veröffentlichung der ausgewerteten Daten in Form eines Berichtsbandes. Im aktuellsten Berichtsband des Jahres 2011 finden sich Angaben von 8.661 Patienten, übermittelt von 80 kooperierenden Einrichtungen.

Benchmarking von Mukoviszidose-Einrichtungen

Konkrete Anwendung finden die Ergebnisse der Registerforschung beispielsweise in dem seit 2004 bestehenden Projekt „Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen“. Seit 2008 wird es vom Mukoviszidose e.V. unterstützt. Hierfür dienen die Daten der Einrichtungen als Grundlage, die Patientendaten auf Stufe 2 erfassen, also inklusive zusätzlicher Angaben zum Versorgungsalltag und Therapiedetails. 2011 waren dies 31 der insgesamt 80 kooperierenden Einrichtungen.

Ein Benchmark, zu Deutsch Bezugswert oder Vergleichsprozess, dient dem gegenseitigen Vergleich, beispielsweise von bestimmten, zuvor definierten Qualitätsindikatoren. Im Falle des Mukoviszidose-Benchmarkings besteht die Möglichkeit zum direkten Vergleich der Versorgungsdaten aller beteiligten Ambulanzen. Dadurch wird deutlich, in welchen Versorgungsbereichen die einzelnen Einrichtungen besondere Kompetenzen oder Defizite aufweisen. Im Fokus steht jedoch nicht die reine Bewertung. Stattdessen sollen erfolgreiche Versorgungsstrategien identifiziert werden, um voneinander zu lernen. Denn, zu übernehmen ist laut der „10-Goldenen-Regeln“ des Projekts Benchmarking Mukoviszidose nicht nur erlaubt, sondern Pflicht.

Ausblick und Empfehlungen

Laut Marguerite Honer ist eine gewisse Trendwende der Patienten erkennbar. So muss sich ein Register eben auch der Frage stellen: „Was haben wir als Patienten eigentlich von den Daten, die wir geben“, unterstreicht Honer. Ein Berichtsband stelle die Ergebnisse immer etwas abstrakt dar, denn es müsse dem Anspruch beider Lesergruppen – der Patienten und der Mediziner – gerecht werden. Der Mukoviszidose e.V. und die MI haben darauf reagiert. Noch im Juni dieses Jahres startet das neue Public Reporting auf der Website der MI, auf der sich die Patienten dann über ihre Ambulanz informieren können. Auf einer Landkarte werden alle kooperierenden Einrichtungen verzeichnet sein, mit Angaben zur Zahl der behandelten Patienten und Ergebnisparameter wie BMI und Lungenfunktion.

Auf die Frage nach Empfehlungen, die sie Patientenorganisationen beim Aufbau eines Registers mit auf den Weg geben kann, antwortet Honer: „Wichtig ist, genau zu definieren, was eigentlich erhoben werden soll.“ Das Ziel muss deutlich sein und idealerweise sollten in diesen Prozess alle an der Behandlung beteiligten Professionen eingebunden werden – Mediziner, Patientenvertreter, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, etc. Des Weiteren ist eine zentrale Koordinierungsstelle aller Aktivitäten nötig. Und nicht zuletzt sollte man sich im Vorhinein die gesamten Kosten und den gesamten Aufwand solch eines Projekts vor Augen führen.

Für den Mukoviszidose e.V. steht jedoch fest: Die Anstrengungen haben sich gelohnt. Als entscheidend für den Krankheitsverlauf von Mukoviszidose-Patienten gelten vor allem die Lungenfunktion und der Ernährungszustand, welche wichtige Prognoseindikatoren für das Überleben der Patienten darstellen. Mit den seit 1995 vorliegenden Verlaufsbeobachtungen kann die Entwicklung beider Faktoren für die Betroffenen in Deutschland erstmals systematisch und an einer großen Zahl von Patienten untersucht werden. Dies ist nur ein Beispiel von vielen für die Grundlagenarbeit, die der Mukoviszidose e.V. und der MI mit dem Register leisten. „Ohne diese Daten könnte heute auf versorgungspolitischer Ebene gar nicht mehr argumentiert werden“, so Honer.

Der Mukoviszidose e.V.

In über 60 regionalen Selbsthilfegruppen und –vereinen des Mukoviszidose e.V. arbeiten Betroffene auf unterschiedlichste Art und Weise mit, sich gegenseitig Rat und Hilfe bei der Bewältigung der Auswirkungen und Probleme der Mukoviszidose zu spenden.

Seinen Mitgliedern bietet der Bundesverband unter anderem Angebote zur sozialrechtlichen und psychosozialen Beratung, einen Unterstützungsfonds für Mukoviszidose-Betroffene und ihre Angehörige, die durch die Krankheit in eine Notlage geraten sind, sowie Möglichkeiten, im Zuge von Ausflügen zur Ruhe zu kommen und die Seele baumeln zu lassen.

Daneben engagiert sich der Mukoviszidose e.V. im Bereich der Forschung, Therapieförderung und Interessenvertretung von Mukoviszidose-Patienten.

Ansprechpartnerin für das Projekt „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ und das Mukoviszidose Patientenregister ist Frau Marguerite Honer.

Tel. 0228 - 9878040

Mail: mhoner@muko.info

Weiterführende Links: <http://muko.info/mukoviszidose-institut.html>

Finanzierung der Selbsthilfe

Verlässliche Förderung in Resolution angemahnt

Berlin – Die nachhaltige Finanzierung ihrer Arbeit stellt für die Selbsthilfe eine Herausforderung dar. Eine Förderungsmittelkürzung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konnte für die Jahre 2013/2014 gerade noch abgewendet werden.

Für viele sinnvolle Projekte muss in der Selbsthilfe im Einzelfall mühsam das notwendige Geld akquiriert werden. Allein in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) sind 116 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen organisiert sowie 13 Landesarbeitsgemeinschaften und fünf Fachverbände. Noch plastischer wird die Zahl, wenn man erfährt, dass dort eine Million körperlich, geistig, psychisch behinderter und chronisch kranker Menschen organisiert sind, die auf örtlicher oder auch regionaler Ebene in Selbsthilfegruppen und -vereinen zusammengeschlossen sind.

Betroffenenkompetenz

Der GKV-Spitzenverband formuliert sehr eingängig „das Charakteristikum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe“ als „Betroffenenkompetenz“. Vor allem durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen schaffe die gesundheitsbezogene Selbsthilfe Akzeptanz bei Betroffenen und ihren Angehörigen und ermögliche niedrigschwellige Hilfsstrukturen. Die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basierten im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit.

Fördermittel der Krankenkassen

Eine Säule der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sind die jährlich verfügbaren Selbsthilfefördermittel der Krankenkassen, die gesetzlich festgelegt sind (§ 20c SGB V). 2012 betrug der von jeder Krankenkasse zur Verfügung zu stellende Betrag 0,59 Euro pro Versichertem. Dementsprechend waren für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene und der Selbsthilfekontaktstellen für das gesamte Bundesgebiet insgesamt 41 Mio. Euro verfügbar. Neben der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf Bundesebene, für die 10 Prozent der Krankenkassenmittel zur Verfügung stehen, fördern einzelne Krankenkassen die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung. Je nach regionaler Ausrichtung und Zuständigkeit entscheidet die Krankenkasse eigenständig, auf welcher Ebene sie die Selbsthilfe individuell fördert.

Drohende Kürzung des BMG-Förderbetrags

Auch im Bundeshaushalt bestehen gesonderte Kontingente zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. So stehen dem BMG gewisse Haushaltsmittel für „Zuschüsse und Beiträge an zentrale Einrichtungen und Verbände des Gesundheitswesens“ zur Verfügung. Überraschend hat nun das BMG in seinem Haushalt einen Förderbetrag für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe eingestellt, der nach Bericht der BAG SELBSTHILFE für die Jahre 2013 und 2014 überraschend um 20 Prozent gekürzt werden sollte. In Reaktion darauf haben VertreterInnen der Selbsthilfeorganisationen im Rahmen einer Veranstaltung Mitte Februar einstimmig eine Resolution verabschiedet. Diese fordert die Verlässlichkeit des Förderprogrammes ein, das der Aufrechterhaltung und strukturellen Weiterentwicklung der Beratungs- und Unterstützungsangebote der Selbsthilfe diene. Das Engagement von Menschen mit Behinderung, mit chronischen Erkrankungen und von Angehörigen in der Gesundheitsselbsthilfe sei das Rückgrat eines bürgerorientierten Gesundheitswesens. Auch der Gesetzgeber nehme, schreibt Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE, die Kompetenz und Erfahrung der Menschen, die in der Gesundheitsselbsthilfe tätig sind, mehr und mehr in Anspruch.

BMG-Fördermittel 2013/2014

Der Haushaltsplan des BMG sieht nun „ungekürzt“ „im Rahmen von Projektförderungen Zuwendungen als Zuschüsse zur Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe und zur Förderung von Maßnahmen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung behinderter Menschen“ in Höhe von 1,64 Mio. Euro vor. In dem Betrag sind allerdings auch die Forschungsgelder für eine wissenschaftliche Studie enthalten, die laut der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz das Ziel hat, „die Entwicklungen, Wirkungen und Perspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zu betrachten und somit Potentiale zu identifizieren, die zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe und damit zu einer besseren patientenorientierten Versorgung führen“.

Weiterführende Links:

http://www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de/dokumente/upload/e07e3_anl.sh-news_2013__bag_sh_resolution_kürzung_förderung_sh13_02.pdf

<http://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_9515.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_9515.pdf)

<http://www.bundeshaushalt->

[info.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2013/soll/Haushaltsplan-2013.pdf](http://www.bundeshaushalt-info.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2013/soll/Haushaltsplan-2013.pdf)

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/126/1712646.pdf>

Frühe Nutzenbewertung

Bestandsmarktaufruf – kritische Diskussion

Berlin – Für Unruhe in der Gesundheitspolitik sorgt die Diskussion, das Nutzenbewertungsverfahren für neue Medikamente ebenso auf patentgeschützte Medikamente im bestehenden Markt anzuwenden.

Die „frühe“ Nutzenbewertung von Arzneimitteln wurde vor zweieinhalb Jahren mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführt. Seitdem gilt, dass neue Wirkstoffe ein Nutzenbewertungsverfahren beim obersten Gremium der Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), durchlaufen müssen. Auf dem Ergebnis fußen dann die Verhandlungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen (GKV-SV) mit dem pharmazeutischen Hersteller über einen Erstattungsbetrag. Sowohl der pharmazeutische Unternehmer als auch der Spitzenverband können bei Nicht-Einigung eine Schiedsstelle anrufen. Nach diesem Procedere sieht der Gesetzgeber an dieser Stelle des Verfahrens erstmalig die Möglichkeit für den pharmazeutischen Hersteller vor, gegen den Entscheid Klage einzureichen.

Nutzenbewertung des Bestandsmarkts

Der Gesetzgeber hat im AMNOG auch vorgesehen, dass patentgeschützte Medikamente, die schon auf dem Markt sind, also Arzneimittel des so genannten Bestandsmarkts, einer Nutzenbewertung durch den G-BA unterzogen werden können. Dabei sollen vorrangig Arzneimittel bewertet werden, die für die Versorgung von hoher Bedeutung sind oder mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die ein Beschluss über die Nutzenbewertung bereits vorliegt. Der G-BA hat erstmals am 18. April einen Aufruf-Algorithmus veröffentlicht. Demnach ist ausschlaggebend für die Entscheidung, wann ein Medikament sich der Prüfung unterziehen muss, der prognostizierte Umsatz bis zum Auslaufen des Unterlagenschutzes als Ausdruck der wirtschaftlichen Bedeutung des Präparats, der mit 80 Prozent gewichtet wird. Daneben wird die Anzahl der verordneten Arzneimittelpackungen über diesen Zeitraum als Indikator für die Versorgungsdichte herangezogen und mit 20 Prozent gewichtet. Auf dieser Basis wurden eine Rangfolge der Medikamente und somit ihre zeitliche Reihenfolge bei der Bestandsmarkt看wertung festgelegt, die regelmäßig aktualisiert wird.

Bereits im Juni 2012 wurden die Gliptine unter dem Wettbewerbsaspekt aus dem Bestandmarkt „aufgerufen“. Deren Hersteller sollten bis Ende 2012 ihr Dossier, also die für die Nutzenbewertung erforderlichen Unterlagen wie beispielsweise die zugehörigen Arzneimittelstudien, einreichen. Ein betroffener pharmazeutischer Unternehmer hatte sich dagegen vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG BB) gewehrt – vor allem dagegen, erst so spät Klage gegen den Entscheid der Erstattungsverhandlungen einreichen zu dürfen. In erster Instanz scheiterte er damit zwar, das LSG BB ließ aber eine Revision zu, also die grundsätzliche Klärung vor dem Bundessozialgericht. Für weitere sechs Wirkstoffgruppen hat der G-BA Mitte April 2013 die Einleitung einer Nutzenbewertung beschlossen.

Klage erst nach 15 Monaten möglich

Die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalitionsfraktionen von CDU/CSU und FDP haben als Konsequenz der gerichtlichen Auseinandersetzung um den Bestandmarktaufruf von Gliptinen eine gesetzliche Regelung im Rahmen des Dritten Arzneimittelmarktänderungsgesetzes vorgesehen, die eine Klagemöglichkeit für von der Nutzenbewertung des Bestandmarkt betroffene pharmazeutischen Unternehmer explizit erst nach dem Schiedsamtentscheid zulässt – also etwa 15 Monate nach dem Bestandmarktaufruf durch den G-BA.

Auswirkungen für die Patienten

Über die Auswirkungen der Nutzenbewertung von Bestandmarktpräparaten auf die Patientenversorgung lässt sich bislang nur spekulieren. Es gibt Befürchtungen, dass Patienten auf andere Präparate umsteigen müssten, mit allen negativen Folgen, sollte ein Medikament in der Nutzenbewertung durchfallen. Pharmaverbände argumentieren, dass bei Bestandmarktbewertungen mit Dossierumfängen von mehreren 100.000 Seiten zu rechnen sei, was zu einem erheblichen Kostenaufwand für den pharmazeutischen Hersteller führe und auch alle Beteiligten im G-BA – insbesondere die noch überwiegend ehrenamtlich tätige Patientenvertretung – vor ein kaum zu bewältigendes Problem stellen könnte.

Weiterführende Links:

<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1691/>

<http://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/artikel-wirtschaft-politik/nutzenbewertung-weshalb-der-aufruf-des-bestandmarkts-so-schwierig-ist.html>

<http://www.lsg.berlin.brandenburg.de/sixcms/media.php/4417/pressemitteilung15052013.pdf>

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/024/1702413.pdf>

Stationäre Versorgung

„Unnötige“ Mengenentwicklung versus ausgezeichnete Versorgung

Berlin – Seit Monaten steht die steigende Zahl von Operationen im öffentlichen Fokus. Deutschland nehme eine Spitzenposition in der Versorgung ein, argumentiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

65 Mrd. Euro, also rund ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), fließen in den stationären Sektor. Deutschland hat laut einer mit großem Presseecho unlängst veröffentlichten OECD-Studie unter 34 Ländern die dritthöchste Bettendichte pro 1.000 Einwohner, die siebthöchste Krankenhausedichte pro 1 Million Einwohner und die zweithöchsten stationären Fallzahlen. Seit 2005 seien die deutschen Fallzahlen kontinuierlich gestiegen, während der OECD-Durchschnitt stagniere. Deutschland liege im Jahr 2010 mit 240 Krankenhausfällen pro 1.000 Einwohner um mehr als 50 Prozent über dem OECD-Durchschnitt von 155. „Unter den 34 OECD-Ländern sind auch osteuropäische und Schwellenländer, die in Bezug auf die stationäre Versorgungsdichte sicherlich noch Nachholbedarf

haben, so dass der auch von diesen Ländern beeinflusste Durchschnittswert kritisch zu hinterfragen ist“, kontert allerdings die DKG. Die OECD-Studie bescheinige den Kliniken in Deutschland ein international herausragend hohes Versorgungs- und Leistungsniveau, ein weltweit einmaliges Qualitätssicherungssystem, unbeschränkten und flächendeckenden Zugang für die Patienten zu Qualitätsmedizin, wehrt sich die DKG weiter.

Tiefgreifende Strukturreform notwendig

In sämtlichen Bundestagsfraktionen herrscht trotzdem Einigkeit darüber, dass die stationäre Versorgung in der nächsten Legislaturperiode einer tiefgreifenden Reform bedarf. Die stetig steigende Mengenausweitung führe zu höheren Kosten, zu einer Arbeitsverdichtung in den Kliniken, betonte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im April 2013. "Krankenkassen sind derzeit gezwungen, jede Leistung zu finanzieren, unabhängig davon, ob sie gut oder schlecht ist.“ Dieser bestehende „Kontrahierungszwang“ müsse gelockert werden“, fasst der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, schon Ende 2012 eine Reformvorstellung der gesetzlichen Krankenkassen und auch vieler Gesundheitspolitiker zusammen.

Auswirkungen der Vergütungssystematik

Auch die Systematik des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen) wird von manchen Experten für die steigende Mengenentwicklung mit verantwortlich gemacht: Die Bezahlung „pro Fall“ und nicht mehr für die Länge der Liegezeit, biete für die Kliniken einen großen Anreiz der Fallzahlsteigerung. Andererseits gelangt der aktuelle DRG-Begleitforschungsbericht zu der Auffassung, dass viele der befürchteten negativen Auswirkungen von fallpauschalierenden Vergütungssystemen, insbesondere hinsichtlich einer Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung, nicht eingetreten sind. Für Aufregung sorgten außerdem Chefarzt-Verträge, die Mengensteigerungen in Operationsgebieten belohnen. Hier hat die Gesundheitspolitik nun auch schon eine gegensteuernde gesetzliche Regelung auf den Weg gebracht, die aber, weil sie keine Sanktionsandrohungen bei Zuwiderhandlung enthält, von der Opposition kritisiert wird.

Die Bundesregierung hat die DKG, den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) beauftragt, einen gemeinsamen Forschungsauftrag zur Mengendynamik zu vergeben. Ziel ist es, Lösungsvorschläge für eine Leistungsentwicklung im medizinisch notwendigen Umfang zu entwickeln. Die Ergebnisse sollen bis zum 30. Juni 2013 veröffentlicht werden.

Konsequenzen für die Patienten

Und welche Konsequenzen ergeben sich für die Patienten kurzfristig aus der hochkomplexen Gemengelage? Schon heute bezahlen die Krankenkassen in der Regel das Einholen einer Zweitmeinung vor Operationen, der gerade bei komplizierten Eingriffen eine immer höhere Bedeutung zugemessen wird. Auch bieten verschiedene Krankenkassen Internetportale mit Informationen und Qualitätsberichten über Krankenhäuser an.

Weiterführende Links:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-02/daniel-bahr-eroeffnet-oecd-konferenz.html>

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/10466/title/DKG_zur_OECD-Studie_%E2%80%9EMengenentwicklung_im_Krankenhaus%E2%80%9C_

<http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Adrian Bauer
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:
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)
Leiterin Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Anne Kathrin Simon
Managerin Patient Relations
Tel: 089 - 360 44-8464
Fax: 089 - 360 44-98464
anne-kathrin.k.simon@gsk.com

Roger Jaeckel
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

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