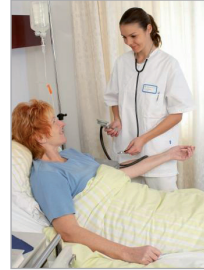




Zweitmeinungsverfahren: Was erwartet die Patienten in der Praxis?



Prof. Christian Dierks im Interview



Klinikumfrage: Qualitätseinbußen drohen



Prof. Fritz Beske veröffentlicht neue Studie zum Beitragssatz der GKV

## ■ Editorial Theorie und Praxis

**München** – Theoretisch ist alles klar: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der im Oktober beschlossenen Richtlinie den gesetzlichen Auftrag erfüllt,

ein Zweitmeinungsverfahren bei der Verordnung von besonderen Arzneimitteln einzuführen. Zunächst wird es bei verschiedenen Formen des Lungengefäßhochdrucks (pulmonal arterielle Hypertonie) eingesetzt. So weit so gut – doch in der Praxis bleiben noch einige Fragen ungeklärt: zum Beispiel hinsichtlich der Haftung des Arztes und wie es mit der Weitergabe patientenrelevanter Daten aussieht. Bleibt abzuwarten, ob das Verfahren tatsächlich mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie bewirkt, so die gesetzgeberische Intention. Mehr zu diesem Thema lesen Sie im Schwerpunkt dieser Ausgabe.



Andreas Heigl

Eine anregende Lektüre wünscht  
Ihr Andreas Heigl  
Senior Manager Gesundheitspolitik

■ Copyright © 2008 GSK  
Impressum, Ansprechpartner,  
Bildnachweis ►► mehr  
Archiv bisher erschienener  
Patientenbriefe ►► mehr

■ Seite 1

## ■ Schwerpunkt: Zweitmeinungsverfahren

### ■ Therapie unter Genehmigungsvorbehalt

**Berlin** – Der Gesetzgeber hat das so genannte Zweitmeinungsverfahren für die Verordnung besonderer Medikamente vorgeschrieben. Was Patienten darüber wissen sollten. ►► mehr

### ■ „Qualitätsverbesserung lässt sich nicht erreichen“

**Berlin** – Probleme mit dem Datenschutz, mit der Arzthaftung – bei dem Zweitmeinungsverfahren besteht noch Klärungsbedarf. Der Patientenbrief hat bei dem Juristen und Mediziner Prof. Christian Dierks nachgefragt. ►► mehr

### ■ Bewährung in der Praxis steht noch aus

**Berlin** – Warum die Versorgung durch das Zweitmeinungsverfahren vermutlich weder besser noch wirtschaftlicher wird. Ein Kommentar von Dr. Andreas Heigl, GlaxoSmithKline. ►► mehr

## ■ Patientenversorgung beeinträchtigt

**Berlin** – Eine Krankenhaus-Umfrage zeigt, dass sich die wirtschaftliche Situation deutscher Kliniken rapide verschlechtert. Den Patienten drohen Qualitätseinbußen und lange Wartezeiten. ►► mehr

## ■ Purer GKV-Beitragssatz liegt bei 10,35 Prozent

**Berlin** – Der Krankenkassen-Beitragssatz könnte um 4,55 Punkte auf 10,35 Prozent gesenkt werden. Voraussetzung: Versicherungsfremde Leistungen werden nicht mehr durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen. ►► mehr

## ■ „Helmholtz-Kohorte“ zu chronischen Krankheiten

**Berlin/München** – Das Helmholtz Zentrum München und das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg werden im kommenden Jahr chronische Krankheiten im Rahmen einer bundesweiten Langzeitstudie erforschen. ►► mehr

■ Bestellung Patientenbrief: [www.patientenpolitik.de](http://www.patientenpolitik.de)

## ■ Arzneimittel

### Therapie unter Genehmigungsvorbehalt

Berlin – Der Gesetzgeber hat das so genannte Zweitmeinungsverfahren für die Verordnung besonderer Medikamente vorgeschrieben. Was Patienten darüber wissen sollten.

Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen gibt es oft mehrere Therapieoptionen, die zwischen Arzt und Patient abgestimmt werden müssen. Meistens geht es dabei um die Abwägung von Nutzen und Risiken einer Therapie. Viele Patienten fühlen sich daher oft sicherer, wenn sie noch eine weitere Expertenmeinung einholen, d.h. einen weiteren Arzt aufsuchen. Der Gesetzgeber sah das bislang als Kostentreiber und versuchte, das „Ärzte-Hopping“ über Praxisgebühr und Hausarztmodelle einzudämmen.

#### Genehmigung durch Zweitmeinungsarzt

Mit der letzten Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber für die Verordnung besonderer Arzneimittel erstmalig ein so genanntes „Zweitmeinungsverfahren“ geschaffen (§ 73d SGB V) und damit selbst ein „Ärzte-Hopping“ in Gesetzesform gegossen (vgl. *Infobox*). Danach können spezielle Medikamente mit hohen Jahrestherapiekosten sowie Arzneimittel, bei denen erhebliche Risiken durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Interaktionen oder nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen, einem gesonderten Verordnungsverfahren unterzogen werden. Ein großer Unterschied besteht jedoch zwischen dem Zweitmeinungsverfahren und dem „Ärzte-Hopping“: Beim Zweitmeinungsverfahren sucht nicht der Patient einen weiteren Spezialisten auf, sondern der behandelnde Arzt schickt einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie („Zweitmeinungsarzt“) die Dokumentation über die bisherigen Therapien und seinen Therapie-vorschlag für die weitere Behandlung. Innerhalb einer bestimmten Frist kann der Zweitmeinungs-arzt die Therapie genehmigen oder ablehnen.

#### Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Kliniken, Ärzteschaft und Patientenvertretern in der Gesetzlichen Krankenversicherung, hat inzwischen seinen gesetzlichen Auftrag erfüllt und eine Richtlinie mit weiteren Bestimmungen zum Verfahrensablauf beschlossen. Zunächst soll – sozu-sagen als Testlauf – das Zweitmeinungsverfahren nur für die Wirkstoffe zur Behandlung der sehr seltenen Indikation der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) gelten, an der in Deutsch-land schätzungsweise 3.000 Personen erkrankt sind.

#### Details der G-BA-Richtlinie

Im Detail sieht die G-BA-Richtlinie folgende Regelungen vor:

- Von dem Zweitmeinungsverfahren betroffene Patienten müssen über das Verfahren aufge-klärt werden und sich damit einverstanden erklären.
- Das Verfahren gilt nicht nur für Patienten, die ein Arzneimittel zum ersten Mal verordnet bekommen, sondern auch für bereits mit den betroffenen Wirkstoffen therapierte Patienten.
- Ein Arzt für besondere Arzneimitteltherapie (also der Zweitmeinungsarzt selbst) muss keine Zweitmeinung einholen, die Verordnung jedoch dokumentieren und der betroffenen Kran-kenkasse mitteilen.

- Der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie prüft im Falle einer pulmonal arteriellen Hypertonie innerhalb von 5 Werktagen die Dokumentationsbögen des Erstverordners und teilt ihm dann seine Entscheidung in einem Antwortbogen mit. Der behandelnde Arzt kann nur in Ausnahmefällen mit besonderer Begründung davon abweichen.
- Bei der erstmaligen Behandlung in einem Krankenhaus ist das Abstimmungsverfahren vom zuständigen Krankenhausarzt einzuleiten und soweit möglich noch während des stationären Aufenthaltes abzuschließen.
- Der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie muss im Falle der PAH besonders qualifiziert sein, mindestens 10 PAH-Patienten im Jahr behandeln und 10 spezifische Fortbildungspunkte im Jahr erwerben.
- Die Kontrolle des Therapieerfolgs erfolgt nach 8-12 und 24 Wochen, dann jährlich. Das Zweitmeinungsverfahren muss bei diesen Folgeverordnungen dann erst innerhalb einer Frist von 20 Werktagen abgeschlossen werden.
- Der G-BA wird die Richtlinie zur Verordnung besonderer Arzneimittel innerhalb von zwei Jahren evaluieren.

### **Praktische Umsetzung**

Die Richtlinie ist inzwischen durch das Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsichtsinstanz genehmigt. Um das Zweitmeinungsverfahren tatsächlich umsetzen zu können, müssen laut Gesetz bis zum 1. Januar 2009 auf regionaler Ebene die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen und unter Vertrag nehmen. Insbesondere Fragen zur Honorierung und Haftung der Zweitmeinungsärzte müssen noch geklärt werden (vgl. *Interview mit Prof. Dierks*).

### **Pulmonal arterielle Hypertonie**

Die pulmonal arterielle Hypertonie (PAH) ist eine schwerwiegende Krankheit, bei der die präkapillären Blutgefäße der Lunge verengt sind, wodurch der Blutdruck in den Lungengefäßen zwischen rechtem und linkem Herzen ansteigt.

Dies führt zu einer Durchblutungsstörung der Lunge, zu einer verschlechterten Sauerstoffaufnahme und zu einer zunehmenden Überlastung der rechten Herzkammer bis hin zum Herzversagen.

Erkrankte leiden an Luftnot, vorzeitiger Erschöpfung und Brustschmerzen bei Belastung und an Beinödemen. Sie sind somit chronisch kurzatmig und körperlich wenig belastbar.

PAH wird am häufigsten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr diagnostiziert, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.

Die Krankheit manifestiert sich meist rasch fortschreitend und führt (nach historischen Daten vor Einführung spezifischer Therapien) unbehandelt im Mittel 2,8 Jahre nach Diagnose zum frühzeitigen Tod.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

## ■ Interview Dierks

### „Qualitätsverbesserung lässt sich nicht erreichen“

**Berlin** – Probleme mit dem Datenschutz, mit der Arzthaftung – bei dem Zweitmeinungsverfahren besteht noch Klärungsbedarf. Der Patientenbrief hat bei dem Juristen und Mediziner Prof. Christian Dierks nachgefragt.

Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks ist Rechtsanwalt, Facharzt für Allgemeinmedizin und Gründungspartner der Kanzlei Dierks + Bohle in Berlin. An der Charité unterrichtet er Medizinrecht und Gesundheitssystemforschung.

#### **Sehen Sie Probleme bezüglich der Haftungsfrage zwischen behandelndem Arzt und Zweitmeinungsarzt?**

**Dierks:** Die sehe ich in der Tat, denn der genehmigende Arzt wird juristisch formuliert zum „Herrn über das Behandlungsgeschehen“. Sein Beitrag zur Entscheidung für oder gegen die Pharmakotherapie geht weit über ein anonymes Konsil hinaus. Wenn eine behandelnde Ärztin vom Patienten die Einwilligung zum Genehmigungsverfahren für einen Therapievorschlag einholt, weckt sie Erwartungen. Sie signalisiert ihrem Patienten, dass sie diese Therapie für angezeigt hält. Anders als bei einer Beschränkung durch die Ärztin bei der Auswahl der Medikamente im Vorfeld, ist der Patient nun über diese therapeutische Alternative informiert. Wird die Therapie dann nicht durchgeführt, wird der Patient durchaus geneigt sein, den Genehmigungsarzt in Anspruch zu nehmen, wenn er aufgrund der unterlassenen Therapie einen Schaden bei sich vermutet. Zu diesem Arzt besteht keine Beziehung, die Klageschwelle ist niedrig. Auch sehe ich das Risiko, dass im Fall einer Verordnung Ärztin und Genehmigungsarzt verklagt werden können, denn sie sind gemeinsam für die Therapieentscheidung verantwortlich.

#### **Wie können auf regionaler Ebene die Zweitmeinungsärzte möglichst reibungslos und im Sinne bester Versorgungsqualität bestimmt werden?**

**Dierks:** Man kann an formale oder inhaltliche Aspekte anknüpfen. Die Arzneimittel des Genehmigungsverfahrens kommen in der spezifischen Indikation der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) zum Einsatz. Dementsprechend ist eine Facharztqualifikation mit Schwerpunkt zu fordern. Qualifikation kommt aber vor allem durch Erfahrung, Erfahrung kommt mit den Patienten. Die Genehmigungsärzte könnten also ihre Qualifikation durch Fallzahlen nachweisen. Bei der PAH besteht die Besonderheit, dass ein Großteil der Therapien in einigen wenigen, fast ausschließlich klinischen Zentren durchgeführt wird. Die Kollegen dort haben die größte Erfahrung. Also müssten sie die Genehmigungsärzte werden und sich gegenseitig die Verordnungen genehmigen. Das Verfahren ist dann aber eine Farce, es bringt Bürokratie und Verzögerungen mit sich. Eine Qualitätsverbesserung lässt sich damit nicht erreichen. Die Befreiung von der Richtgrößenprüfung ist im Grundsatz zwar ein positiver Aspekt, aber unnötig, da die hohen Verordnungskosten einer lebensbedrohlichen Erkrankung von jedem Prüfungsausschuss sowieso berücksichtigt werden müssen.

**Welche Probleme sehen Sie bezüglich der Weitergabe patientenrelevanter Daten an den Zweitmeinungsarzt oder die Krankenkasse für die Verordnung besonderer Arzneimittel?**

**Dierks:** Die Formulare der Richtlinie sehen die namentliche Nennung der Patienten vor. Das wird nicht lange unbeanstandet bleiben. Das Gesetz bietet keine Grundlage für eine personenbezogene Weitergabe der Daten an den Genehmigungsarzt. Die Daten sind daher zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren. Wenn dies erfolgt, sehe ich keine Probleme.

**Welche juristischen Möglichkeiten – Einspruchs- und Klagerecht – verbleiben dem Patienten?**

**Dierks:** Nach Nr. 50.1.a der Arzneimittelrichtlinie ist die Verordnung der besonderen Arzneimittel nur zulässig, wenn der Patient über den Ablauf des Verfahrens aufgeklärt wurde und damit einverstanden ist. Ohne das Einverständnis einer Patientin besteht danach kein Anspruch auf die Verordnung. Dagegen ließe sich Klage beim Sozialgericht erheben, es möge feststellen, dass der Anspruch auch ohne das Verfahren besteht, z.B. weil das Verfahren über die gesetzliche Grundlage hinausgeht und die Patientin in ihren Rechten verletzt. Ob das Erfolg haben wird, ist schwer vorherzusagen. Das Gericht könnte das Verfahren auch für zumutbar halten. Gegen die versagte Therapie kann eine Patientin den behandelnden Arzt in Anspruch nehmen, indem sie bei einem Sozialgericht den Antrag stellt, es möge feststellen, dass er zur Therapie verpflichtet sei. Das läuft dann auf einen Gutachterprozess hinaus. Sie kann auch die Genehmigungsärztin verklagen. Das Verfahren des G-BA sieht übrigens keine Regelung für ein Widerspruchs- oder Überprüfungsverfahren vor. Mit Unstimmigkeiten bei der Abstimmung rechnet der G-BA auch nicht. Man geht von Genehmigungen in mehr als 95 Prozent der Fälle aus. Das aber ist nun nicht gerade eine Bestätigung für die Notwendigkeit eines solchen Verfahrens.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀



## ■ Kommentar

### **Bewährung in der Praxis steht noch aus**

**Berlin** – Warum die Versorgung durch das Zweitmeinungsverfahren vermutlich weder besser noch wirtschaftlicher wird. Ein Kommentar von Dr. Andreas Heigl, GlaxoSmithKline.

Ein Zweitmeinungsverfahren macht vor allem dann Sinn, wenn es der Therapiesicherheit und der Versorgungsqualität dient. Es könnte sogar dafür sorgen, dass Patienten trotz Kostendrucks weiterhin mit innovativen Arzneimitteln versorgt werden können. Andererseits ist im entsprechenden Gesetz neben dem Qualitätsziel auch eindeutig ein Wirtschaftlichkeitsziel formuliert. Es soll also gespart werden.

#### **Hansen: lange nach Indikationen gesucht**

Die Ausgestaltung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wirft jedoch die Frage auf, ob dies gelingen wird. Die pulmonal arterielle Hypertonie (PAH) als seltene Erkrankung mit nur ca. 3.000 behandelten Patienten wird bereits in Schwerpunktpraxen und spezialisierten Klinik- und Hochschulambulanzen von ausgewiesenen Experten behandelt. Leonhard Hansen, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Vertreter der ambulanten Leistungserbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss gestand im Rahmen einer Veranstaltung von GlaxoSmithKline in Berlin ein: „Wir haben lange Indikationen und Arzneimittel gesucht und kaum etwas gefunden, was nicht schon durch Arzneimittelrichtlinien, Therapiehinweise oder Festbeträge geregelt wäre.“

Ein Arzt für die Verordnung besonderer Arzneimittel kann dann mit einer „Entscheidung nach Aktenlage“, also ohne den Patienten selbst untersucht oder gar gesehen zu haben, wohl kaum zur Therapieverbesserung beitragen. Noch fraglicher wird eine Verbesserung der Versorgungsqualität, wenn sich bereits gut eingestellte Patienten nicht nur einmal, sondern immer wieder einem Zweitmeinungsverfahren unterwerfen müssen und daraufhin unter Umständen ihre bewährte Therapie umzustellen haben. Zweckmäßig wäre ein Zweitmeinungsverfahren deshalb eigentlich nur bei Erstdiagnosen und Erstverordnungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich angesichts der geäußerten Bedenken aus Ärzteschaft und Patientengruppen selbst eine Evaluierung des Verfahrens auferlegt. Nach spätestens zwei Jahren wird man also wissen, ob sich durch das Zweitmeinungsverfahren die Qualität der Versorgung bei schwerwiegenden Erkrankungen verbessern lässt oder nicht. Angesichts des ganzen bürokratischen Aufwands sowie der seltenen Indikation der pulmonal arteriellen Hypertonie dürften auch keine großen wirtschaftlichen Einsparungen zu erzielen sein.

#### **Welcher Arzt haftet?**

Bei der regionalen Umsetzung ist die Haftungsfrage ein heikles Thema. Welcher Arzt haftet, wenn behandelnder Arzt und Zweitmeinungsarzt unterschiedliche Therapieoptionen vorschlagen? Welchen Arzt soll und darf der Patient gegebenenfalls verklagen, wenn die Therapie fehlschlägt? Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie dürften eigentlich nur haftungsrechtlich belangt werden, wenn sie die Patienten auch persönlich untersucht haben. Verweigert ein Patient die Weitergabe seiner Daten an einen Zweitmeinungsarzt und seine Krankenkasse, hat er kein Anrecht auf die Therapie mit dem fraglichen Wirkstoff. Der Gesetzgeber hat wohl nicht bedacht, dass sich mit dem Zweitmeinungsverfahren ein neues Wettbewerbsverhältnis innerhalb der Ärzteschaft herausbilden könnte: Erstverordner sind in ihrer The-

rapiefreiheit eingeschränkt und das Vertrauensverhältnis Erstverordner – Patient potenziell gefährdet, wenn der Arzt erst eine Genehmigung zur Therapie einholen muss. Dies könnte dazu führen, dass die Patienten in Zukunft gleich einen Zweitmeinungsarzt aufsuchen – was nach Richtlinie möglich wäre – um umständliche Bewilligungsprozesse zu vermeiden.

### **Offene Fragen bei der regionalen Umsetzung**

Für Deutschland stellt sich angesichts der regionalen Umsetzung auf Ebene der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen die Frage, wie bis zur Einführung im Januar 2009 eine Flächendeckung gesichert und eine möglichst einheitliche Bewilligungspraxis erreicht werden kann. Es darf nicht vom Zufall des Wohnorts der Patienten abhängen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Zugang zu innovativen Arzneimitteln möglich ist. Angesichts der speziellen Versorgungssituation der PAH kann es nur sinnvoll sein, die bereits ausgewiesenen Experten auf diesem Gebiet zu Zweitmeinungsärzten zu berufen. Es bleibt dann allerdings zu fragen, wo der Sinn eines Zweitmeinungsverfahrens überhaupt noch zu finden wäre. Auf der Liste der eigentlich überflüssigen Regulierungsinstrumente steht das Zweitmeinungsverfahren nach den derzeitigen Durchführungsbestimmungen ganz oben: Die hier beschriebenen Punkte legen nahe, dass die Versorgung durch das Zweitmeinungsverfahren weder verbessert noch wirtschaftlicher wird. Das Verfahren darf nämlich nicht dazu führen, dass schwerkranken Patienten eine notwendige und sinnvolle Therapieoption vorenthalten bleibt.

### **Verordnung besonderer Arzneimittel (§ 73d SGB V)**

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln, insbesondere von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, bei denen auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. ...

- *Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Zweitmeinungsregelung kann im Internet auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums herunter geladen werden.*  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1200434/SharedDocs/Downloads/DE/GV/GT/GKV/Gesetze/GKV-WSG,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GKV-WSG.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1200434/SharedDocs/Downloads/DE/GV/GT/GKV/Gesetze/GKV-WSG,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GKV-WSG.pdf)
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

*Autor des Schwerpunktthemas Zweitmeinung – Verordnung besonderer Arzneimittel:  
Dr. rer. pol. Andreas Heigl, Senior Manager Gesundheitspolitik bei der GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG in München.*

## ■ Krankenhaus Barometer

### **Patientenversorgung beeinträchtigt**

**Berlin** – Eine Krankenhaus-Umfrage zeigt, dass sich die wirtschaftliche Situation deutscher Kliniken rapide verschlechtert. Den Patienten drohen Qualitätseinbußen und lange Wartezeiten.

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers, einer jährlich stattfindenden Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), offenbaren große Gefahren für die Patientenversorgung in Deutschland. Mehr als 90 Prozent der Krankenhäuser haben demnach Probleme, die Arbeitszeiten der Mitarbeiter zu organisieren, da es zu viele offene Stellen gibt. Gut ein Drittel gibt an, dass personelle Engpässe bereits zu einer schlechteren Versorgung des Patienten führen. Um die Situation zu entspannen, hat bereits ein Sechstel der Kliniken damit begonnen, Wartelisten einzurichten oder auszubauen. Knapp zehn Prozent sehen sogar einen direkten Zusammenhang zwischen der Personalsituation und der Schließung von Stationen oder Bereichen. Mehr als die Hälfte der Häuser erwartet, dass sich die wirtschaftliche Situation 2009 weiter verschlechtert. Die DKG befürchtet, dass am Ende dieser Entwicklung eine spürbare Rationierung der Patientenversorgung steht und die Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter weiter zunimmt.

#### **DKG-Chef: Politik behandelt Krankenhäuser „stiefmütterlich“**

Ursache für die gravierenden Probleme ist eine Finanzierungslücke für das Jahr 2009. Die Krankenhäuser müssen nach einer verbindlichen Lohnerhöhung von drei Prozent in diesem Jahr zum 1.1.2009 noch einmal fünf Prozent mehr zahlen. Dazu kommen höhere Sachkosten für medizinische Geräte und Zubehör. Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, erklärt: „Mehr als die Hälfte dieser Kostensteigerungen müssen die Kliniken selbst aufbringen. Bekanntlich sind die Wirtschaftlichkeitsreserven der Krankenhäuser aber bereits ausgeschöpft.“ Im kommenden Jahr seien deshalb fast 20.000 Stellen gefährdet, so Baum. Mit 34 Prozent wird dieses Jahr der Anteil der Kliniken mit negativer Bilanz erstmals größer sein als der Anteil der profitablen, so das Krankenhaus Barometer. Bereits jetzt sind deshalb landesweit rund 4.000 Arztstellen unbesetzt, mehr als zwei Drittel der Kliniken klagt über Probleme bei der Einstellung von Ärzten. Hinzu kommt, dass mehr als 66 Prozent der Krankenhäuser die wöchentliche Arbeitszeit ihrer Belegschaft verlängern müssen. Bei der täglichen Arbeitszeit sind es gut die Hälfte. DKG-Chef Baum resümiert: „Die Krankenhäuser werden von der Politik stiefmütterlich behandelt.“ In dem immer intensiveren Verteilungskampf um die Ressourcen im Gesundheitswesen stünden die Krankenhäuser vor einem „Tunnel ohne Licht“.

#### **Hintergründe zum Krankenhaus Barometer**

Das Krankenhaus Barometer ist eine jährlich stattfindende repräsentative Klinikbefragung zu aktuellen krankenhauspolitischen Themen. Neben der DKG wird die Umfrage vom Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und vom Verband der leitenden Krankenhausärzte durchgeführt. Themenschwerpunkte 2008 waren Ärztemangel und die wirtschaftliche Situation. An der Umfrage nahmen 347 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten teil.

- *Die Studie kann im Internet heruntergeladen werden:*  
<http://dki.comnetinfo.de/PDF/Barometer%202008%20kompakt.pdf>

- [zurück zur Übersicht](#) ◀◀



## ■ Studie

### **Purer GKV-Beitragsatz liegt bei 10,35 Prozent**

**Berlin** – Der Krankenkassen-Beitragsatz könnte um 4,55 Punkte auf 10,35 Prozent gesenkt werden. Voraussetzung: Versicherungsfremde Leistungen werden nicht mehr durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen.

Zu dieser Erkenntnis kommt Prof. Fritz Beske im 110. Band der Schriftenreihe seines Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF). Laut IGSF-Berechnungen geht es um eine Dimension von 45,5 Milliarden Euro pro Jahr. Angesichts dieser enormen Quersubventionierung könne er „nicht verstehen, warum Gesundheitspolitiker nicht ständig auf der Matte stehen“, wundert sich Beske. Seit Jahren wird der 85-Jährige nicht müde, auf diesen Missstand hinzuweisen. Auf der Pressekonferenz anlässlich der Studienvorstellung pflichten ihm Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), und Dr. Hans-Jürgen Ahrens vom AOK-Bundesverband bei.

#### **Politik belastet die GKV**

Vor allem die familienfreie Mitversicherung schlage mit rund 29 Milliarden Euro zusätzlichen Kosten infolge der Beitragsbefreiung und reduziertem Beitragsatz zu Buche. Die jährliche GKV-Belastung durch versicherungsfremde Leistungen beispielsweise bei Schwangerschaft und Mutterschaft setzt der Kieler Wissenschaftler mit rund vier Milliarden Euro an. Außerdem nennt Beske noch zusätzliche Lasten durch die erhöhte Mehrwertsteuer auf Medikamente – vier Milliarden Euro. Als „skandalös“ bezeichnet Beske die nicht kostendeckenden Beiträge für Hartz-IV-Empfänger, die Versicherte mit 4,7 Milliarden Euro belasteten. Dabei wäre es eigentlich ganz einfach, resümiert Beske: „Die Versicherten der GKV bezahlen ausschließlich für ihre eigene Gesundheitsversorgung.“

#### **AOK „dankbar“ für Analyse**

Hans-Jürgen Ahrens zeigt sich „dankbar“ für das neue Gutachten. „Jahrelang wurden wir gefragt, warum die Beiträge so steigen – das waren teilweise Dinge, die wir gar nicht zu verantworten haben.“ Es könne nicht sein, „dass wir für versicherungsfremde Leistungen nicht das entsprechende Entgelt bekommen“. Zugleich bekräftigt Ahrens die Ansicht der Kassen, dass der vom Schätzerkreis kalkulierte Beitragsatz zu gering sei, es fehlten von vornherein zwei Milliarden Euro im Fonds. Zudem sei noch mit einer Wachstumsprognose von 1,2 Prozent für 2009 kalkuliert worden, die inzwischen deutlich nach unten korrigiert werden musste. Dennoch geht der AOK-Vorstandschef davon aus, „dass wir zumindest ins neue Jahr gehen können, ohne einen Zusatzbeitrag von unseren Versicherten erheben zu müssen.“

#### **Weitere Informationen zur Beske-Expertise**

Die Studie „Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung“ von Prof. Beske ist als Band 110 in der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei:

IGSF Kiel, Weimarer Str. 8, 24106 Kiel, Tel. 0431 – 800 60-0, Fax. 0431 – 800 60-11, E-Mail: [info@igsf-stiftung.de](mailto:info@igsf-stiftung.de).

## ■ Langzeitstudie „Helmholtz-Kohorte“ zu chronischen Krankheiten

**Berlin/München** – Das Helmholtz Zentrum München und das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg werden im kommenden Jahr chronische Krankheiten im Rahmen einer bundesweiten Langzeitstudie erforschen.

Ziel ist es, die Ursachen von Krebs, Diabetes, Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu analysieren. Dabei wollen die Wissenschaftler vor allem die Risikofaktoren der Krankheiten identifizieren. Die Erkenntnisse könnten helfen, neue Strategien für Risikoerfassung, Früherkennung und Prävention so genannter Volkskrankheiten zu entwickeln.

### **Geplanter Studienzeitraum: 20 Jahre**

Die Teilnehmer werden regelmäßig medizinisch untersucht, gleichzeitig sollen Informationen zu psychosozialen Faktoren, Lebensstil (Rauchen, Ernährung), medizinischer Vorgeschichte und der Einnahme von Medikamenten gesammelt werden. Darüber hinaus werden Blutproben entnommen und für spätere Forschungsprojekte in einer zentralen Bioprobenbank gelagert. Das Vorhaben soll Universitäten und Forschungseinrichtungen im ganzen Land einbinden, die über einen Zeitraum von zehn bis zwanzig Jahren rund 200.000 gesunde Menschen untersuchen werden. Die Studie soll 2009 mit einer Planungs- und Pilotphase beginnen. Innerhalb von drei Jahren werden Methoden getestet und die Auswahl der Teilnehmer vorbereitet. Kohortenstudien gelten als die zuverlässigste Methode epidemiologischer Forschung. Die Mittel für das Projekt in Höhe von 20 Millionen Euro hat der Senat der Wissenschaftsgemeinschaft jetzt bewilligt.

### **Neueste Erkenntnisse der Präventionsforschung**

Aufgegriffen wurde das Forschungsthema bereits auf dem ersten Helmholtz-Forum Gesundheit, zu dem die fünf Gesundheitszentren der Gemeinschaft in Kooperation mit Zeit Wissen eingeladen haben. Auf der Veranstaltung unter dem Motto „Mit Spitzenforschung Volkskrankheiten vorbeugen“ präsentieren Wissenschaftler neueste Erkenntnisse über innovative Ansätze in der Präventionsforschung. Prof. H.-Erich Wichmann vom Helmholtz Zentrum München stellt in seinem Vortrag die Bedeutung von großen Kohortenstudien für die Vorbeugung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen heraus. Diese groß angelegten Untersuchungen sollen genetische und umweltbedingte Risikofaktoren für verschiedene Krankheiten aufzeigen.

Ein Organ allerdings entzieht sich weitgehend einer Analyse per Blut- oder Gewebeprobe: das Gehirn. Nicht zuletzt deshalb werden neurodegenerative Leiden wie die Alzheimersche Erkrankung oft erst diagnostiziert, wenn sich bereits Symptome der Demenz manifestiert haben. Die moderne Technik des „Neuroimagings“ soll nun die Suche nach neuen Ansätzen für die Diagnose und Prävention von Demenzerkrankungen und anderen Fehlfunktionen des Gehirns ermöglichen, wie Prof. Karl Zilles vom Forschungszentrum Jülich in seinem Vortrag berichtet. Er und seine Kollegen werden künftig an einem weltweit einzigartigen Gerät

arbeiten, das zwei der wichtigsten bildgebenden Verfahren kombiniert. Mit Hilfe dieses Systems wollen die Forscher Prozesse im normal alternden Gehirn entschlüsseln, um diese erstmals von den Vorgängen im erkrankten Organ unterscheiden zu können.

### **Schattenseite der High Tech-Medizin**

Der Vortrag von Dr. Susanne Häußler vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig handelt dagegen von einer Schattenseite der High Tech-Medizin. Manche Erreger finden heute mehr und mehr Opfer, weil sie auf medizinischen Geräten, Prothesen und anderen Fremdkörpern im Körper perfekte Oberflächen zur Besiedelung finden. Viele dieser Keime entgehen den Attacken unseres Immunsystems ebenso wie der Antibiotikatherapie, weil sie sich in nahezu unangreifbaren Biofilmen zusammenschließen. Die Folge sind chronische, nicht selten lebensgefährliche Infektionen. Häußler und ihr Team untersuchen, welche molekularen Mechanismen für die Entstehung dieser komplexen bakteriellen Gemeinschaften essentiell sind – und wie man sie mit neuen präventiven Ansätzen blockieren kann.

- *Die Broschüre „Mit Spitzenforschung Volkskrankheiten vorbeugen – Präventionsforschung in der Helmholtz-Gemeinschaft“ kann im Internet herunter geladen werden.  
[http://www.dkfz.de/de/aktuelles/download/Forum\\_Brosch.pdf](http://www.dkfz.de/de/aktuelles/download/Forum_Brosch.pdf)*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

## ■ Impressum

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG

- [www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)

vertreten durch die  
GlaxoSmithKline  
Verwaltungs GmbH  
Theresienhöhe 11  
80339 München

Geschäftsführer:  
Dr. Cameron Marshall (Vors.)  
Dr. Thomas Werner  
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](mailto:roger.jaeckel@gsk.com)

Ilka Einfeldt  
Manager Patient Relations  
Tel.: 089 - 360 44-8376  
Fax: 089 - 360 44-9-8376

- [ilka.einfeldt@gsk.com](mailto:ilka.einfeldt@gsk.com)

Sabine Skwara  
Repräsentanz Berlin  
Tel.: 0171 - 9951 776  
Fax: 040 - 41523 92128

- [sabine.skwara@gsk.com](mailto:sabine.skwara@gsk.com)

### Bildnachweis

Zweitmeinungsverfahren:  
Techniker Krankenkasse

Krankenhausbarometer:  
Kaufmännischen Kranken-  
kasse KKH

GKV-Beitragssatz: AOK-  
Bilderpool

Editorial und Dr. Dierks:  
GlaxoSmithKline GmbH &  
Co. KG

- Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend. Diese können Sie auf [www.patientenpolitik.de](http://www.patientenpolitik.de) einsehen.

- [zurück zur Übersicht](#) ◀◀