

## Editorial: Innovationsfonds – Impulse für mehr Patientenorientierung in der Versorgung



**München** – Die Große Koalition denkt die Versorgung im Gesundheitswesen unter der großen Überschrift der „Qualität“. Mit dieser Strukturanforderung verbindet sie die Chance, die Sektorengrenzen zwischen „ambulant – stationär“ zu überwinden und eine Verbesserung der Versorgung der Patienten zu erreichen. Umsetzen will sie dieses Ziel unter anderem durch die Förderung neuer Versorgungsformen sowie der Versorgungsforschung. Den gesetzlichen Rahmen liefert ein schon auf den Weg gebrachtes Gesetzgebungsvorhaben, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Ein beim Gemeinsamen-Bundesausschuss (G-BA) angesiedelter Innovationsausschuss soll die zentrale Anlaufstelle zur Bewältigung dieser komplexen Aufgabe bilden. Dessen anspruchsvolle Architektur, die Erwartungen und auch die Kritik der beteiligten und betroffenen Akteure und vor allem die Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sind Gegenstand dieses Patientenbriefs.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen  
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

## Schwerpunkt: Innovationsfonds – Impulse für mehr Patientenorientierung in der Versorgung

### ▪ Zur Entstehung des Innovationsfonds

**Berlin** – Unser Gesundheitssystem ist mit 300 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben einem Tanker vergleichbar, der nur schwer zu Kursänderungen zu bewegen ist. Angesichts der großen Bedeutung dieses Bereichs muss der Gesetzgeber von Zeit zu Zeit neue Anstöße geben. » [Seite 2](#)

### ▪ Aufbau und Struktur des Innovationsfonds

**Berlin** – Die grundlegenden Strukturen des Innovationsfonds stehen seit dem 17. Dezember 2014 fest, als das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen hat. » [Seite 3](#)

### ▪ „Wie Patienten an den Projekten beteiligt werden, sollte ein wichtiges Qualitätskriterium sein“

**Berlin** – Der Startschuss ist gefallen: Nicht ob, sondern wie der Innovationsfonds neue Impulse für mehr Patientenorientierung setzen kann, ist nun die zentrale Frage. Mirjam Mann, Geschäftsführerin der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V., zeigt die zentralen Stellschrauben aus Sicht der Selbsthilfe auf. » [Seite 7](#)

### ▪ Patientensicherheit wird nationales Gesundheitsziel

**Berlin** – Die im Kooperationsverband gesundheitsziele.de zusammengefassten Organisationen erarbeiten das nationale Gesundheitsziel „Patientensicherheit“. » [Seite 9](#)

### ▪ Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

**Berlin** – Das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ befindet sich in der aktiven Aufbauphase. » [Seite 11](#)

### ▪ Aktuelle Themen und Vorstöße der Patientenvertretung im G-BA

**Berlin** – Wie schwierig es ohne Stimmrecht im G-BA ist, die Interessen der Patienten in diesem Gremium zu vertreten, zeigte sich auch bei den jüngsten Vorstößen der Patientenvertreter. » [Seite 12](#)

## Qualität als Richtschnur

### Zur Entstehung des Innovationsfonds

**Berlin** – Unser Gesundheitssystem ist mit 300 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben einem Tanker vergleichbar, der nur schwer zu Kursänderungen zu bewegen ist. Angesichts der großen Bedeutung dieses Bereichs muss der Gesetzgeber von Zeit zu Zeit neue Anstöße geben.

Damit können Fehlentwicklungen korrigiert oder Weiterentwicklungen in Gang gesetzt werden. Auf der Brücke stehen viele Steuerleute, die zwar angeben, alle nur im Dienste der Patienten zu wirken, die aber dabei ihre eigenen finanziellen Interessen keineswegs vergessen. So hat die Politik denn auch längst erkannt, dass finanzielle Anreize ein entscheidender Motor für die Umsetzung von Reformen sind. Die Ankündigung im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD, zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen und zur Förderung der Versorgungsforschung einen jährlich mit 300 Mio. Euro ausgestatteten Innovationsfonds aufzulegen, hatte eine elektrisierende Wirkung. Verbunden mit vielen Spekulationen und, je nach Interessenslage, auch Erwartungen, selbst von diesen Mitteln profitieren zu können.

Die beiden Verhandlungsführer des Koalitionsvertrags für den Bereich Gesundheit und Pflege, Jens Spahn (CDU), gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Professor Karl Lauterbach (SPD), für Gesundheit zuständiger stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, geben als einen Grund für die Schaffung eines Innovationsfonds die Zunahme der hochaltrigen, multimorbiden und chronisch kranken Menschen an. Daraus hätten sich neue Herausforderungen für die Organisation der medizinischen Versorgung, weg vom Fachgebiets- und Sektorendenken hin zu indikationsbezogenen Versorgungsketten mit durchgängig hoher Qualität ergeben. Derzeit würden viele neue Versorgungsprojekte an der fehlenden Anschubfinanzierung scheitern, und auch an der unterschiedlichen Abrechnungssystematik in stationärer und ambulanter Versorgung. Zudem fehle für erfolgreiche Projekte ein verbindlicher und transparenter Prozess zum Übergang in die Regelversorgung.

### Überwindung der Sektoren

Die Überwindung von Hemmnissen bei der Versorgung der Patienten vom Wechsel vom stationären in den ambulanten Bereich und umgekehrt ist seit vielen Jahren ein heiß diskutiertes Thema. Ziel aus dem Blickwinkel der Patienten sollte es sein, dass er erst gar nicht darüber nachdenken muss, in welchem Sektor er sich befindet, da er eine optimale Versorgung erhält und der Wechsel stationär - ambulant allein von der Qualität gesteuert wird.

Das Anliegen ist nicht neu. Seit dem Jahr 2000 gab es, erstmals mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Verträge zur so genannten „Integrierten Versorgung“ (IV), später kamen so genannte Selektivverträge hinzu. Diese Vertragsformen werden mit dem aktuell im Gesetzgebungsverfahren stehenden GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu einer „besonderen Versorgung“ zusammengefasst und weiterentwickelt. In diesen Verträgen soll es um besondere ambulante (ärztliche) Versorgungsaufträge gehen, die eine – verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende – Versorgung ermöglichen sollen. Leistungserbringer können dabei beispielsweise Hausärzte, Fachärzte, nichtärztliche Leistungserbringer sein oder auch Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und auch Partner aus der Industrie (pharmazeutische Hersteller, Medizinproduktehersteller).

## Ziele des Innovationsfonds

Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr soll es zu einem grundlegenden Perspektivenwechsel kommen, um neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitswesens erkennen und realisieren zu können. Mit dem Innovationsfonds sollen Versorgungsformen zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefördert werden, die auch durch die Verträge zur „besonderen Versorgung“ gestaltet sein können. Schwerpunktmäßig sollen zum einen mit dem Innovationsfonds solche Vorhaben eine Förderung erfahren, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben. Sie sollten das Potential aufweisen, in die so genannte Regelversorgung, also die Versorgung für alle Versicherten, übernommen zu werden. Ein zweiter Schwerpunkt des Innovationsfonds besteht darin, eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung zu ermöglichen.

Weiterführende Links:

Der Koalitionsvertrag

[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile)

Der Kabinettentwurf GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

[http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0601-0700/641-14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0601-0700/641-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Ein komplexes Unterfangen

---

## Aufbau und Struktur des Innovationsfonds

**Berlin** – Die grundlegenden Strukturen des Innovationsfonds stehen seit dem 17. Dezember 2014 fest, als das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen hat.

Die Finanzierung des Innovationsfonds stemmen ausschließlich die Krankenkassen. Das heißt im Klartext: die Versicherten müssen den entsprechenden Betrag Jahr für Jahr aufbringen, immerhin 300 Mio. Euro pro Jahr. Wobei 150 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stammen und die anderen 150 Mio. Euro von den Kassen direkt zu tragen sind.

75 Prozent der Gesamtsumme, also 225 Mio. Euro, sollen zur Förderung neuer Versorgungsformen verwendet werden. Die restlichen 25 Prozent, 75 Mio. Euro, dienen der Förderung der Versorgungsforschung. Darunter versteht man eine grundlagen- und problemorientierte, fachübergreifende Forschung, die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt, kausal erklärt und, aufbauend darauf, Versorgungskonzepte entwickelt.

### Der Innovationsausschuss als „Entscheidungsorgan“

Die Entscheidungen über Schwerpunktsetzungen und die Förderanträge trifft ein beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neu anzusiedelnder „Unterausschuss Innovation und Versorgungsforschung“. Dieser Innovationsausschuss wird demzufolge ein zentrales Gremium für die Umsetzung neuer Versorgungsformen und von Versorgungsforschung. Insofern benötigt er auch eine entsprechende „hochrangige“ Besetzung.

## Wie wird der neue Innovationsausschuss besetzt?

Dem neuen Innovationsausschuss gehören folgende zehn stimmberechtigte Mitglieder an: drei Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes, jeweils ein Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der unparteiische Vorsitzende des G-BA, zwei Mitglieder des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und ein Mitglied des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF).

In diesem Gremium haben also ebenfalls die Organisationen eine Mehrheit, die bisher schon den G-BA dominieren. Die Entscheidungen müssen mit einer Zweidrittelmehrheit getroffen werden. Dieser Aufbau hatte zunächst Widerspruch ausgelöst. Kritiker wandten ein, es bestehe die Gefahr, dass die Organisationen sich die Mittel des Innovationsfonds, nach Proporz auf Länder und Akteure verteilt, gegenseitig zuschanzen könnten. Der GKV-Spitzenverband wiederum monierte, Vertreter der Regierung in einem Ausschuss der Selbstverwaltung seien systemwidrig. Aus dem Verband kam der Vorschlag, die Bewertung der Förderprojekte durch externe Experten vornehmen zu lassen. Auf diese Kritik hat der Gesetzgeber reagiert. Dem Innovationsausschuss soll daher ein wissenschaftlicher Expertenbeirat zur Seite gestellt werden.

Die in der Regel zehn Mitglieder des Expertenbeirats sollen „Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis“ sein. Diese werden vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Aufgaben dieses Beirates sind:

- Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen
- Durchführung von „Kurzgutachtungen“ der Förderanträge
- Empfehlung zur Förderentscheidung

## Aufgabe des Innovationsausschusses

Der Innovationsausschuss hat die Aufgabe, die Ausschreibungen durchzuführen, die Anträge anzunehmen und das Bewertungsverfahren der Anträge durchzuführen. Dabei werden das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beteiligt. Auch sollen Förderkriterien und die Schwerpunkte der Förderung in sogenannten „Förderbekanntmachungen“ festgelegt werden. Die jeweils thematisch betroffenen Unterausschüsse des G-BA sollen mit in die Entscheidungen über Förderanträge einbezogen werden. So soll ein insgesamt unabhängiges und neutrales Verfahren gewährleistet werden. Unterstützend wird eine Geschäftsstelle des Innovationsausschusses eingerichtet.

## Was soll die neue Geschäftsstelle des Innovationsausschusses leisten?

Die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses:

- erarbeitet die Förderbekanntmachungen
- kann Zweitgutachten beim IQWiG oder IQTIG einholen
- erlässt die Förderbescheide
- veranlasst die Auszahlung der Fördermittel durch das BVA
- prüft die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel



Eine solche Aufgabe haben die Selbstverwaltungsorgane bisher noch nicht bewältigen müssen. Nachvollziehbar also, dass die Politik angesichts drohender Machtkämpfe um Positionen zunächst einmal vieles dem G-BA zuschiebt, da er die „Selbstverwalter“ unter seinem Dach vereint.

### **Förderschwerpunkte**

Jens Spahn MdB und Professor Karl Lauterbach MdB, die beiden Verhandlungsführer des Koalitionsvertrages für den Bereich „Gesundheit und Pflege“, erläutern die Ausrichtung des Innovationsfonds folgendermaßen: „Wenn Geld aus dem Fonds fließt, dann ausschließlich für sogenannte Prozessinnovationen: also für die Entwicklung neuer Verfahren oder verbesserter Abläufe zum Beispiel in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.“ Die Ziele der Förderung sind klar: Die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär müssen überwunden werden, damit die Patienten besser behandelt werden. Folgende Schwerpunkte sind bei der Förderung vorgesehen:

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten,
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen,
- Telemedizin,
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung und
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten.

### **Förderkriterien**

Der Innovationsausschuss dient dazu, neue Versorgungsformen zu fördern, die über die Regelversorgung hinausgehen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und ein hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden oder die Selektivverträge zu verbessern. Allgemeine Kriterien sind dabei:

- Die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
- die Behebung von Versorgungsdefiziten,
- die Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
- interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
- die Übertragbarkeit der Erkenntnisse,
- die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
- sowie die Evaluierbarkeit.

Auch können die zur Verfügung stehenden Mittel für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des G-BA eingesetzt werden. Entscheidungen des G-BA zu für die Patienten wichtigen Versorgungsfragen sollten dann nicht mehr mit dem Hinweis auf eine mangelnde Evidenzlage jahrelang aufgeschoben oder abgelehnt werden können.

Da der Schwerpunkt in der Erprobung neuer Prozessinnovationen liegt, ist eine Klarstellung des Begriffs der Innovation in der Rechtsgrundlage für den Innovationsfonds erforderlich. Förderbar dürfen nur solche Versorgungsleistungen sein, die über die heutige Regelversorgung hinausgehen, dem Bereich der besonderen Versorgungsformen zuzurechnen sind und die erkennbare Defizite der sektoralen Versorgung zu überwinden oder vermeiden suchen.

## Wer darf sich um Mittel aus dem Innovationsfonds bewerben?

Antragsberechtigt für Mittel aus dem Innovationsfonds sind:

- Kassen und Kassenverbände
- Vertragsärzte und MVZ
- Kassenärztliche Vereinigungen (nicht KBV)
- Krankenhäuser und Landeskrankenhausgesellschaften (nicht DKG)
- Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V
- Pharmazeutische Unternehmen
- Medizinprodukte-Hersteller

Dies soll „in der Regel“ in Verbindung mit einer gesetzlichen Krankenkasse geschehen.

## Wissenschaftliche Evaluation und Berichtspflichten

Teil jeder Förderung ist eine wissenschaftliche Auswertung im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, eine „Evaluation“. Die hierfür entstehenden Ausgaben sollen durch den Innovationsfonds gedeckt werden. Das BMG soll dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die Evaluationen liefern. Ein abschließender Bericht über deren Ergebnis ist dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2021 vorzulegen. Im Detail soll geklärt werden, ob die vorgegebenen Förderstrukturen effektiv waren, der Innovationsfonds richtig organisiert wurde, die Themenauswahl richtig war, das Zusammenspiel der Gremien effektiv gewesen ist und ob es Bedarf gibt, die Entwicklung der Versorgung weiter zu optimieren. Darüber hinaus erstreckt sich die wissenschaftliche Auswertung auch auf den wirtschaftlichen Umgang der verwendeten Mittel.

## Patientenbeteiligung

Der Gremienstruktur des G-BA folgend soll die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen erfolgen. Patientenorganisationen erhalten auf diesem Wege zumindest ein Mitberatungs- und Antragsrecht bei der Entscheidungsfindung. Über ein Stimmrecht verfügen die Patientenvertreter jedoch auch in diesen Gremien nicht. Gleiches gilt für den Innovationsausschuss, auch hier werden die Patientenvertreter nur über ein Mitberatungsrecht und das schon beschriebene Antragsrecht verfügen. Die G-BA-Patientenvertreterin Illona Köster-Steinebach von der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) setzt dennoch große Hoffnungen in den Fonds: „Der bisherige Fehler bei den Selektivverträgen war die mangelnde Transparenz, Kassen und andere Akteure behielten ihre Geheimnisse für sich, warum ein Vertrag funktioniert und warum nicht.“ Jetzt müsse alles veröffentlicht werden. Von den 75 Mio. Euro aus dem Fonds für die Versorgungsforschung erhofft sie sich mehr Projekte mit besonderem Blick auf nötige Kriterien zur Lebensqualität.

Da die Forschungsvorhaben im Bereich der Versorgungsforschung konkret auf eine Verbesserung der Versorgung in der GKV ausgerichtet sein müssen und eine besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung gegeben sein soll, ist in diesem Bereich eine Mitarbeit der Patienten essentiell. Nur so können passgenaue Versorgungskonzepte für Patienten entwickelt werden.

Auch wenn somit keine formale Mitbestimmung der Patientenvertretung im Innovationsfonds realisiert wurde, so haben ihre Bemühungen um eine stärkere Beteiligung offenbar doch noch gefruchtet. Antragsberechtigt für Projekte sollen nun auch die „maßgeblichen Patientenorganisation nach § 140f SGB V (siehe hierzu auch das Interview in dieser Ausgabe).

Weiterführende Links:

Der Kabinettentwurf GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

[http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0601-0700/641-14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0601-0700/641-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Link zum vollen Wortlaut der Spahn/Lauterbach-Erklärung zum Innovationsfonds

[http://www.kma-online.de/nachrichten/politik/id\\_\\_33312\\_\\_\\_view.html](http://www.kma-online.de/nachrichten/politik/id__33312___view.html)

Interview mit Mirjam Mann

## „Wie Patienten an den Projekten beteiligt werden, sollte ein wichtiges Qualitätskriterium sein“

**Berlin** – Der Startschuss ist gefallen: Nicht ob, sondern wie der Innovationsfonds neue Impulse für mehr Patientenorientierung setzen kann, ist nun die zentrale Frage. Mirjam Mann, Geschäftsführerin der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V., zeigt die zentralen Stellschrauben aus Sicht der Selbsthilfe auf.

### **Der Innovationsfonds nimmt Gestalt an. Wie beurteilen Sie die formalen Beteiligungsrechte aus Sicht der Patientenvertretung?**

**Mirjam Mann:** Es ist eine gute Sache, dass die Patientenvertretung im Innovationsausschuss wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mitberaten und damit die Anliegen und das Wissen der Selbsthilfe in die Überlegungen einbringen kann. Problematischer ist die Frage, ob die Gesellschaft insgesamt bei der Auswahl der Projekte angemessen beteiligt wird. Die Bänke im G-BA sind besetzt mit Interessenvertretern der Kostenträger und Leistungserbringer. Ob gerade diese Vertreter die am besten geeigneten Personen sind, um zusammen mit Vertretern vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) über die Förderung von Innovation in dem von ihnen verantworteten und gestalteten System zu entscheiden, kann man hinterfragen. Eine breitere gesellschaftliche Beteiligung mit ausgewiesenen Experten außerhalb der Selbstverwaltung wäre unseres Erachtens sinnvoll.

### **In letzter Minute wurden auch Patientenorganisationen noch antragsberechtigt. Bestehen Ihrerseits bereits Projektideen? In welchen Bereichen wären Projekte Ihrer Meinung nach nötig?**

**Mann:** Die ACHSE ist Projektpartnerin in mehreren Forschungsprojekten. Die Erfahrung zeigt, dass es für alle Beteiligten sehr hilfreich ist, wenn die Forschungsthemen und die Art und Weise, wie das Forschungsprojekt umgesetzt wird, aus der Sicht der Betroffenen überprüft und ergänzt wird. Es ist für Wissenschaftler oft eine Herausforderung, den Alltag der Betroffenen, ihre komplexen Wege durch das Gesundheitssystem, ihre Sorgen und Belastungen und das beträchtliche Wissen der Selbsthilfe gut einzuschätzen. Andererseits ist es für die Selbsthilfe sehr wichtig, dass erlebte Erfahrungen über Mängel in der Versorgung, Schwächen in den Kommunikationsstrukturen und ähnlichem auch wissenschaftlich belegt und Lösungen erarbeitet werden, damit Forderungen zur Verbesserung mehr Aussicht auf Erfolg haben.

Für Menschen mit Seltenern Erkrankungen sind insbesondere Projekte wichtig, die das im deutschen Gesundheitswesen fehlende Case Management sicherstellen. Die Erkrankungen sind hochkomplex: In der Regel wird ein Patient von mehreren ärztlichen Fachbereichen, verschiedenen anderen Therapeuten

und dies noch in verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens – ambulant, stationär, Pflege – versorgt. Patienten werden auf ihrem Weg zwischen diesen vielen Akteuren überhaupt nicht begleitet und kommen dabei regelmäßig unter die Räder, erst recht, wenn sie dies ohne starke Familienstrukturen oder die Unterstützung einer Selbsthilfeorganisation meistern müssen. Selbst wenn es ein gutes Zentrum für eine bestimmte Erkrankung gibt, fehlt es oft noch an den notwendigen Kommunikationsstrukturen zwischen der spezialisierten Versorgung im Zentrum und der Versorgung im Alltag vor Ort. Hier brauchen wir dringend Lösungen, die auch in der Regelversorgung bisher fehlen.

Da die ACHSE „nur“ Mitglied einer „maßgeblichen Patientenorganisation nach § 140f SGB V“ ist, wird sie vermutlich nicht antragsberechtigt sein. Gute Forschung nach besseren sektorenübergreifenden Versorgungsformen wird aber in der Regel sowieso eher im Verbund verschiedener Kompetenzen leistbar sein. Die ACHSE ist hier ein starker Partner, vorausgesetzt die anderen Projektpartner erkennen an, dass auch die Arbeit der ACHSE Geld kostet und damit durch das Projekt finanziert werden muss. Das Wissen und das Netzwerk der ACHSE werden durch eine enorme ehrenamtliche Leistung der Mitgliedsverbände und der vielen aktiven Betroffenen zusammengetragen. Dies in ein Forschungsprojekt einzubringen, kann jedoch nur mit hauptamtlicher Unterstützung geleistet werden. Die ACHSE wird hauptsächlich durch Spenden und private Förderung finanziert, es ist eine echte Herausforderung, jedes Jahr die notwendige Unterstützung für unsere Arbeit für Menschen mit Seltenen Erkrankungen zusammen zu bekommen.

### **Welche Mitgestaltungsrechte sehen Sie im Rahmen der Einzelprojektförderung? Reichen diese aus Ihrer Sicht aus?**

**Mann:** Moderne hochqualitative Projekte werden aus Patientensicht konzipiert und beteiligen die Patienten auch in den verschiedenen Projektphasen. Wie die Patienten bzw. die Patientenselbsthilfe bei der Entwicklung der Forschungsthese und bei der Umsetzung des Projektes beteiligt wurde und wird, sollte ein wichtiges Qualitätskriterium bei der Auswahl der geförderten Projekte sein. Es geht dabei nicht in erster Linie um ein Gestaltungs- oder Beteiligungsrecht der Betroffenen, sondern um das Interesse der Allgemeinheit, dass nur Projekte gefördert werden sollten, die am Ende tatsächlich dem Wohl der Patienten dienen.

### **Auf den Punkt gebracht: Hat der Innovationsfonds das Potenzial, neue Impulse für mehr Patientenorientierung zu liefern?**

**Mann:** Der Innovationsfonds hat sicher das Potenzial, neue Impulse für mehr Patientenorientierung zu setzen. Er hat allerdings leider auch viel Potenzial, dies nicht zu erreichen. Die verfügbare Fördersumme versetzt die verschiedenen Akteure in Wallungen: Derzeit findet keine Tagung oder Veranstaltung statt, auf der nicht vorgeschlagen wird, Ideen oder Projekte mit dem Innovationsfonds zu finanzieren. Es besteht die Gefahr, dass in erster Linie Projekte von gut vernetzten sowie personell und technisch gut ausgestatteten Akteuren gefördert werden, insbesondere wenn die Entscheider sich außerdem sofortige und direkte Kostenersparnisse erhoffen. Bessere Versorgung wird in der Regel aber zuerst mehr Geld kosten. Es sind die kürzeren Wege im Gesundheitswesen, die geringere Anzahl von Fehldiagnosen, weniger Doppeluntersuchungen etc., die später Kosten sparen. Dazu kommen weniger Arbeitsausfälle der Patienten und unterstützenden Angehörigen sowie eine gestiegene Lebensqualität. Alles Vorteile, die sich schwer in einem Finanzplan eines Projektantrages darstellen lassen. Da nur diejenigen über die Vergabe entscheiden, die starke Eigeninteressen haben – die Patienten haben kein Stimmrecht! – dürfte ein mehr an Patientenorientierung nur dann zustande kommen, wenn dies mit den Interessen jener Akteure im Einklang ist.



## Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V.

Bereits 1999 gründete die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE) e. V. den Arbeitskreis Seltene Erkrankungen. Aus der Überzeugung heraus, dass noch mehr für Patienten mit seltenen Erkrankungen zu erreichen ist, entstand daraufhin 2004 die ACHSE. Derzeit gehören mehr als 120 Selbsthilfeorganisationen der ACHSE als Mitglied an. Um auch auf Entscheidungen auf europäischer Ebene Einfluss nehmen zu können, ist die ACHSE Mitglied bei der European Organisation for Rare Diseases (EURORDIS).

In Deutschland leben etwa vier Millionen Menschen mit einer als selten klassifizierten Erkrankung. Viele Betroffene unterstützen sich gegenseitig in ihren jeweils krankheits-spezifischen Selbsthilfeorganisationen, sei es durch Erfahrungsaustausch, gemeinsame Unternehmungen oder Diskussionen zu politischen Anliegen, die die Krankheiten betreffen. Für diese Organisationen tritt die ACHSE als Sprachrohr und Vermittler auf, um die Bevölkerung, Interessenvertreter, Ärzte und Therapeuten für die Belange von Menschen mit seltenen Krankheiten zu sensibilisieren.

### Weiterführende Links:

<http://www.achse-online.de/>

## Stellung der Patienten soll gestärkt werden

### Patientensicherheit wird nationales Gesundheitsziel

**Berlin** – Die im Kooperationsverband gesundheitsziele.de zusammengefassten Organisationen erarbeiten das nationale Gesundheitsziel „Patientensicherheit“.

Im Jahr 2000 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammen mit den Bundesländern eine Initiative gestartet, um nationale Gesundheitsziele festzulegen und sie im Versorgungsalltag zu verankern. Diese Gesundheitsziele basieren auf Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem, die eine Verbesserung der Gesundheit in genau bestimmten Bereichen oder für bestimmte Zielgruppen zum Gegenstand haben. Gleichzeitig sollen Strukturen mit Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung optimiert werden. Hierzu werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen. Gesundheitsziele integrieren verschiedene gesundheitspolitische Aspekte: Sie bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen und unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz. Das pluralistische und stark gegliederte deutsche Gesundheitswesen soll so eine gemeinsame Zielorientierung bekommen. Auch das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung soll mit den Gesundheitszielen gestärkt werden. Als weitere Schwerpunkte gelten die Stärkung der Selbsthilfe, der Eigenverantwortung sowie der Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem.

### Gesundheitsziele.de

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) wurde mit einem entsprechenden Modellprojekt „Forum gesundheitsziele.de“ beauftragt. Die GVG stellt seit ihrer Gründung im Jahr 1947 ein zentrales Diskussionsforum für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit in Theorie und Praxis dar. Kernbereiche ihrer Arbeit sind die Entwicklung von Konsenspositionen zu wichtigen

Reformfragen, ihre wissenschaftliche Fundierung und ihre Verankerung in der politischen Willensbildung. Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der Alterssicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft. In der Zeit von 2000 bis 2006 wurden im Rahmen des GVG Modellprojekts sechs nationale Gesundheitsziele entwickelt. Nach Ende der Erprobungsphase fiel der Entschluss, den bisher gemeinsam beschrittenen Weg fortzusetzen. Seit 2007 ist gesundheitsziele.de ein aus eigenen Mitteln der Beteiligten finanziertes und auf Dauer angelegter Kooperationsverbund. Inzwischen engagieren sich hier mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens für die Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen.

## Nationale Gesundheitsziele

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat seit dem Jahr 2000 sieben nationale Gesundheitsziele entwickelt: Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003); Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003); Tabakkonsum reduzieren (2003); Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010); Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011); Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006); Gesund älter werden (2012).

## Nationales Gesundheitsziel „Patientensicherheit“

Im Frühjahr 2013 wurden die Themen "Alkoholkonsum reduzieren" und "Patientensicherheit" aufgrund ihrer Relevanz zur Bearbeitung ausgewählt. Unter der Leitung von Dr. Günther Jonitz, Mitbegründer des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und Präsident der Berliner Ärztekammer, begann die Arbeitsgruppe „Patientensicherheit“ des Kooperationsverbundes im Oktober 2014 mit der Zielformulierung. Diese Arbeitsgruppe setzt sich aus Expertinnen und Experten aus den Träger- und Partnerinstitutionen des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de zusammen. Zu den Themenbereichen werden unter anderem Fehlerquellen bei der Medikamentengabe, verbesserte Patienteninformationen, der sichere Einsatz von Medizinprodukten (Beispiel Implantatepass, der Aufschluss über die Bezeichnung, Art und Typ sowie die Seriennummer des Implantats gibt) oder auch Fehlermeldesysteme in Krankenhäusern gehören.

Das Thema Patientensicherheit hatte in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. So entstand 2005 das APS – ein Zusammenschluss von Mitgliedern aus ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenkassen, Krankenhäusern und Patientenorganisationen, welches Mitglied im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ist. Durch Informationen zum Umgang mit Fehlern in der Medizin, Handlungsempfehlungen für Kliniken oder die Werbung für die Arbeit der Gutachterkommissionen sowie Schlichtungsstellen soll die Gesundheitsversorgung sicherer gemacht werden. An der Universität Bonn betreibt das Institut für Patientensicherheit Versorgungsforschung. An vielen Kliniken gibt es inzwischen Fehlermeldesysteme. Auch veröffentlichen die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern sowie der medizinischen Diensten der Krankenkassen jährlich Daten zu (Beinahe-) Fehlern.

„In Europa gehört Deutschland zu den Vorreitern, was die Beschäftigung mit dem Thema Patientensicherheit betrifft“, erklärte Dr. Jonitz anlässlich der Einsetzung der Arbeitsgruppe. „Bereits jetzt arbeiten Ärzte, Patientenverbände, Krankenkassen und Krankenhäuser intensiv zusammen. Die Auswahl eines nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit zeigt deutlich, welche Bedeutung die Mitglieder des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de dem Thema beimessen.“

Weiterführende Links:

Homepage des Kooperationsverbandes gesundheitsziele.de  
[www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)

Maßnahmen zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere\\_gesundheitsziele.de\\_-\\_Massnahmen\\_des\\_Bundesministeriums\\_fuer\\_Gesundheit\\_zur\\_Umsetzung\\_der\\_nationalen\\_Gesundheitsziele.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_gesundheitsziele.de_-_Massnahmen_des_Bundesministeriums_fuer_Gesundheit_zur_Umsetzung_der_nationalen_Gesundheitsziele.pdf)

Neues Institut betritt die Bühne

## Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

**Berlin** – Das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ befindet sich in der aktiven Aufbauphase.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz „IQTIG“, wurde durch das im Juni 2014 von der Bundesregierung verabschiedete „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ins Leben gerufen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hat am 21. August 2014 aufgrund der gesetzlichen Vorgaben die Gründung einer Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beschlossen. Diese Stiftung des privaten Rechts ist Trägerin des IQTIG, welches seinen Sitz in Berlin hat.

### Stiftungsrat, -vorstand und Institutsleitung

Dem Stiftungsrat gehören zehn Personen an, derzeit Andreas Wagener und Dr. Bernd Metzinger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dipl.-Med. Regina Feldmann und Dr. Franziska Diel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Jürgen Fedderwitz von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie Ulrike Elsner, Uwe Deh, Bettina am Orde, Karl Reuber und Wolfgang Schrörs für den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).

Dem vom Stiftungsrat bestellten Vorstand gehören acht Personen an, derzeit Georg Baum (DKG), Dr. Andreas Gassen (KBV), Dr. Wolfgang Eßer (KZBV), Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus von Stackelberg, Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband), Staatssekretär Lutz Stroppe vom Bundesgesundheitsministerium sowie der Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken.

Der vom Vorstand benannte Leiter des Instituts ist seit Januar der Mediziner Dr. Christof Veit, der zuvor Geschäftsführer des BQS Instituts für Qualität & Patientensicherheit war und unter anderem dem Beirat des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) angehört. Der beratende Wissenschaftliche Beirat des IQTIG wird sich im Laufe des Jahres konstituieren.

### Beteiligung von Patientenvertretern

Dies gilt auch für das Kuratorium. Dieses Gremium hat ebenfalls eine ausschließlich beratende Funktion inne, stellt jedoch das einzige Gremium innerhalb der IQTIG-Hierarchie mit Patientenbeteiligung dar. „Es ist ein Umding, dass Patientenvertreter in den Steuerungsgremien des Instituts nicht vorkommen und auch kein eigenes Antragsrecht haben“, so Wolf-Dietrich Trenner, Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Dr. Martin Danner, Sprecher der Patientenvertretung im G-BA, ergänzte: „Überall in der Welt werden Qualitätssicherungssysteme vom Nutzer her konzipiert.“



In Deutschland wollen Kostenträger und Leistungserbringer weiter unter sich bleiben. Die Patientensicht bleibt so außen vor.“

Eine Beteiligung der Patientenvertretung über das Kuratorium erscheint vor diesem Hintergrund als schwacher Trost. Laut der Stiftungssatzung wird das Gremium aus 30 Mitgliedern bestehen, davon werden nur sechs aus dem Kreis der Vertreter der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sein. Welche Organisationen genau Zugang zum Kuratorium bekommt, soll der Vorstand auf Anregung des Stiftungsrats in Abstimmung mit der Institutsleitung bestimmen. Genaue Regelungen für die Auswahl sind bisher jedoch noch nicht festgelegt worden. Das Kuratorium soll auf Einladung des Vorstands einmal jährlich zu einer Sitzung zusammentreten.

### Qualitätssicherung und Veröffentlichungspflicht

Das IQTIG soll nach Ende der Aufbauphase im Januar 2016 im Auftrag des G-BA für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst „sektorenübergreifend“, also für die ambulante und stationäre Versorgung, abgestimmte Indikatoren und Instrumente entwickeln. Dies schließt beispielsweise Patientenbefragungen mit ein. Auch soll die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit sichergestellt werden. Das Institut soll sich, unter Einbeziehung der gesetzlich vorgesehenen weiteren Einrichtungen, an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen.

Für den Krankenhaussektor sollen auf der Grundlage geeigneter Daten einrichtungsbezogene vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellt werden. Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln, gehört ebenfalls zum Aufgabengebiet des neuen Instituts.

Alle Ergebnisse der Arbeit des Instituts sollen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet veröffentlicht werden.

Weiterführende Links:

Homepage des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen  
<http://www.iqtig.org/index>

## Durchsetzung von Patienteninteressen

---

### Aktuelle Themen und Vorstöße der Patientenvertretung im G-BA

**Berlin** – Wie schwierig es ohne Stimmrecht im G-BA ist, die Interessen der Patienten in diesem Gremium zu vertreten, zeigte sich auch bei den jüngsten Vorstößen der Patientenvertreter.

So konnte sich die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit ihrem Anliegen, konkrete Beratungsanforderungen an die Vertragsärzte bei einer möglichen Krankenseinweisung zu formulieren, nicht durchsetzen. In der am 22. Januar 2015 durch den G-BA beschlossenen **Krankenseinweisungs-Richtlinie** heißt es nun in § 4: „Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt unterrichtet und berät die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und geeignete Krankenhäuser.“ Die Patientenvertretung hatte eine konkret an den besonderen Bedürfnissen von behinderten und chronisch kranken Patienten ausgerichtete Beratung angemahnt. So seien zum Beispiel Informationen zur Barrierefreiheit innerhalb der Krankenhäuser und der Krankenzimmer sehr wichtig für Betroffene. Auch sei für chronisch Erkrankte wichtig, ob in den Krankenhäusern spezielle Fachärzte tätig sind. Die Argumentation der Kassenärztlichen Vertreter, dies wäre durch Ärzte nicht



leistbar, da sie nicht über die notwendigen Informationen verfügten, wurde seitens der Patientenvertretung mit dem Kommentar versehen: „Wenn es die Ärzte nicht können, wie soll es dann der Patient können?“

## Hintergrundinformationen zur Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

Immer mehr Untersuchungen und Behandlungen können heute auch ambulant durchgeführt werden. Dem trägt der G-BA in einer Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) Rechnung. Hintergrund der Überarbeitung ist, die vielen neu entstandenen ambulanten Angebote abzubilden und sie von der stationären Behandlung abzugrenzen. Künftig müssen Vertragsärzte vor einer Krankenhauseinweisung alle ambulanten Behandlungsangebote als Alternative in Erwägung ziehen. Das bedeutet, dass sie sich über sämtliche Angebote informieren müssen.

## Ambulante Ernährungsberatung bei seltenen Stoffwechselkrankheiten

15 Jahre hat der G-BA gebraucht, um die Ernährungsberatung als Heilmittel inhaltlich zu prüfen. Das bittere Ergebnis für die Betroffenen: Der G-BA kam am 22. Januar zwar zu dem Schluss, dass bei angeborenen Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose eine Ernährungsberatung medizinisch notwendig sei, doch aus der **Aufnahme der Ernährungsberatung in die Heilmittelrichtlinie** wurde trotzdem nichts. Sie scheiterte, trotz Unterstützung des unabhängigen Vorsitzenden des G-BA, Josef Hecken, am Widerstand von Ärzten und Krankenkassen. Die Patientenvertreter hatten beantragt, die ambulante Ernährungsberatung bei angeborenen seltenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose in die Heilmittelrichtlinie aufzunehmen. Bei der vorgelagerten Anhörung sprach sich die große Mehrheit der Fachleute klar für eine verordnungsfähige Ernährungsberatung aus. Die Kassenvertreter argumentierten jedoch, dass diese Leistung bereits in ausreichendem Maße in den speziellen Behandlungszentren erbracht werde.

## Schwangerschaftsbetreuung

Patientinnen, die an dem seltenen Marfan-Syndrom (eine genetisch bedingte seltene Erkrankung, die zahlreiche Organe betreffen kann, insbesondere die Hauptschlagader und das Herz sowie das Skelettsystem) leiden, sowie Patientinnen, die an gynäkologischen Tumoren erkrankt sind, können künftig nach bestimmten Vorgaben in Kliniken und Praxen ambulant spezialfachärztlich versorgt werden. Der G-BA hatte am 22. Januar entsprechende Beschlüsse gefasst. Mit der Forderung, eine **Schwangerschaftsbetreuung** für betroffene Frauen in die jeweiligen Richtlinien aufzunehmen, konnte sich die Patientenvertretung nicht durchsetzen. Der genannte Umstand, dass sich schwangere Frauen bei Krebserkrankungen bzw. Diagnose „Marfan“ oft einer medizinisch nicht immer notwendigen Abtreibung unterziehen, überzeugte nicht genügend Stimmberechtigte.

## Forderungen Selbsthilfe zur Bundestagswahl 2013

In Anbetracht der Häufung an Vorstößen der Patientenvertretung im G-BA, die von den stimmberechtigten Vertretern der Bänke abgeschmettert wurden, gewinnen die Forderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) an neuer Bedeutung. So setzte sich diese bereits bei der Bundestagswahl 2013 für einen Ausbau der Mitberatungsrechte der Patientenvertretung im G-BA ein. „In den Bereichen, in denen die maßgeblichen Patientenorganisationen bereits – wie im Gemeinsamen Bundesausschuss – über ein Mitberatungsrecht verfügen, sollte dieses Recht dahingehend ausgebaut werden, dass den Patientenvertreterinnen und -vertretern ein Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen gewährt wird“, so die BAG SELBSTHILFE. Begründet werden könne dies einerseits durch die bisherige erfolgreiche Arbeit der Patientenvertretung. Andererseits sei eine Ausweitung der Beteiligungsrechte der

Patientenvertretung aber auch deshalb geboten, weil sie die Entscheidungen des G-BA in der öffentlichen Wahrnehmung mittrage. Dies führe dazu, „dass die Patientenvertreter letztendlich für die Entscheidung anderer in Haftung genommen werden.“ Daher müsse die Patientenvertretung auch auf den Ablauf des Verfahrens Einfluss ausüben können. Ergänzend dazu solle dem G-BA eine Begründungspflicht auferlegt werden, wenn er Anträge der Patientenvertretung ablehnt.“

Zwar können derartige Regelungen nicht verhindern, dass Anträge der Patientenvertretung innerhalb des G-BA auch künftig am Veto der Bänke scheitern. Vielleicht können sie jedoch den Weg ebnen für eine transparentere, sachliche Diskussion des Für und Widers, die dem Stellenwert der Betroffenenkompetenz der Patientenvertretung gerecht wird.

Weiterführende Links:

Informationen zur Patientenbeteiligung

<https://www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung>



## Impressum

---

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG  
[www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)

vertreten durch die  
Allen Pharmazeutika Gesell-  
schaft m.b.H, Wien  
Prinzregentenplatz 9  
81675 München

Geschäftsführer:  
Dr. Sang-Jin Pak (Vors.)  
Adrian Bauer  
Jean-Bernard Simeon

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](mailto:ilka.i.einfeldt@gsk.com)

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

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