



Lieferengpässe bei Rabattverträgen



Peter Schaar, Datenschutzbeauftragter



Praktische Hilfe bietet neue Pflege-Hotline



Patientenbeteiligung beim Klinik-Benchmarking

- **Im Visier: Datenschutz der Kassen**
- **Probleme bei Rabattverträgen**
- **Charité setzt auf Alternativmedizin**
- **Zentrum für Patientensicherheit**
- **Neue Pflege-Hotline gestartet**
- **Selbsthilfe-Förderung reformiert**
- **Unterversorgung mit Arzneimitteln**
- **Patienten und Benchmarking**
- **Kooperation bei Krebsbehandlung**
- **Forschung zu Diabetes und Adiposita**

■ Editorial

Alles was hilft

München – Einer Allensbach-Umfrage zufolge bevorzugen 52 Prozent der Bevölkerung eine Integrative Medizin, die Behandlungen aus Schul- und Alternativmedizin zusammenführt. Doch

den alternativen Methoden mangelt es bislang noch meist an den notwendigen Wirksamkeitsnachweisen. Umso wichtiger ist eine Initiative der Berliner Charité, über die wir in dieser Ausgabe berichten. Dort wurde vor kurzem die erste Forschungsambulanz für Integrative Medizin eröffnet. Die Berliner Mediziner wollen eine moderne, ganzheitliche medizinische Versorgung nicht nur gestalten, sondern auch wissenschaftlich evaluieren.



Sabine Skwara

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihre Sabine Skwara
Repräsentanz Berlin

■ Selbsthilfe

Neue Krankenkassenförderung in Planung

Berlin – Bei der Selbsthilfe-Förderung durch gesetzliche Krankenkassen gab es oft Sand im Getriebe. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll die bisherige Praxis verbessern. Die wichtigsten Änderungen erklärt Karin Niederbühl (Verband der Angestellten-Krankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband) auf einer Veranstaltung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

►► mehr

zurück ◀

■ Datenschutzbericht

Schutzmängel bei Krankenkassen

Berlin – In seinem „21. Tätigkeitsbericht 2005/2006“ kritisiert Peter Schaar, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), unter anderem Datenschutzverletzungen gesetzlicher Krankenkassen. Im Fokus steht dabei auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

►► mehr

zurück ◀

■ Rabattverträge

Apotheker: Anlaufprobleme noch nicht gelöst

Berlin – Für über 12.100 Arzneimittel – jede Packungsgröße und Darreichungsform zählt extra – existieren unterschiedliche Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern. Vor allem bei Generikaanbietern, die bisher kleine Marktanteile haben, kommt es nach Erfahrung der Apotheker weiterhin zu Lieferengpässen.

►► mehr

zurück ◀

■ Copyright © 2007 GSK

Impressum, Ansprechpartner, Bildnachweis ►► mehr

Bestellung / Abbestellung des Patientenbriefes ►► mehr

Archiv bisher erschienener Patientenbriefe ►► mehr

■ Benchmarking

Rheumatoide Arthritis: Patientenzufriedenheit im Fokus

Berlin – Benchmarking wird im Gesundheitswesen zum gängigen Instrument, um Qualitätsverbesserungen zu initiieren. Das Besondere am vom Verband Rheumatologischer Akutkliniken organisierten obra-Projekt (Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung): die Patientenorientierung.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Krebsbehandlung

Tumorzentrum und Schwerpunktpraxen kooperieren

Berlin/Heidelberg – Die Vernetzung zwischen dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg und den onkologischen Schwerpunktpraxen der Region wird verstärkt. Das sieht eine Kooperationsvereinbarung der universitären Einrichtung mit dem Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) – Regionalverband Nordbaden – vor.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Behandlungsfehler

Kompetenzzentrum für Patientensicherheit

Berlin/Münster – Ein Kompetenzzentrum der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) soll niedergelassene Ärzte stärker für Fehlervermeidungsstrategien und Patientensicherheit sensibilisieren. Die KVWL will bei diesem Thema auch die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen suchen.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Arzneimittel

Extreme Unterschiede in der Versorgung

Berlin – „Unterversorgung ist kein Gefühl, sondern eine empirisch belegbare Tatsache“, konstatiert Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA). Für zehn Krankheitsbilder hat der VFA vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie untersuchen lassen, ob es Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland gibt. Das Ergebnis der Studie: Die Defizite sind zum Teil enorm.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Komplementärmedizin

Berliner Charité setzt auf alternative Behandlungsmethoden

Berlin – Die Berliner Charité hat eine Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP) eröffnet. Dort sollen Patienten sowohl mit Methoden der Schul- als auch der Komplementärmedizin (Alternativmedizin) behandelt werden. Der Behandlungserfolg wird dabei konsequent wissenschaftlich geprüft.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Verbraucherberatung

Start für bundesweite Telefon-Hotline zur Pflege

Berlin/Köln – Um den Verbrauchern den Weg durch den Pflegedschungel zu ermöglichen, haben die Verbraucherzentralen in Kooperation mit den Betriebskrankenkassen ein bundesweites Informations- und Beratungstelefon zum Thema Pflege gestartet. Auskunft gibt es zu: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Beratung zu Heim- und Pflegedienstverträgen und alternativen Wohnformen.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Initiative

BMBF fördert Forschung zu Diabetes und Adipositas

Berlin – Die Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen steigt von Jahr zu Jahr. Mittlerweile sind rund acht Prozent der Deutschen betroffen. Besonders alarmierend ist die Zahl der erkrankten Kinder und Jugendlichen. Um die Forschung in diesem Bereich zu stärken, hat Bundesforschungsministerin Annette Schavan eine Forschungsinitiative zu Diabetes und Adipositas vorgestellt.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Selbsthilfe

Neue Krankenkassenförderung in Planung

Berlin – Bei der Selbsthilfe-Förderung durch gesetzliche Krankenkassen gab es oft Sand im Getriebe. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll die bisherige Praxis verbessern. Die wichtigsten Änderungen erklärt Karin Niederbühl (Verband der Angestellten-Krankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband) auf einer Veranstaltung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Gesetzliche Grundlage für die Verpflichtung der Krankenkassen, die Selbsthilfe finanziell zu unterstützen, ist seit dem Jahr 2000 der Paragraph 20 Abs. 4 des Sozialgesetzbuches (SGB) V. In der reformierten Form (§ 20 c SGB V) ist darin nun festgelegt, dass die Krankenkassen pro Jahr und Versicherten 0,55 Euro zahlen müssen. Prinzipiell unterschieden wird zwischen einer kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung (mindestens 50 Prozent der Mittel) und der kassenindividuellen Förderung. Bei letzterer können die Kassen weiterhin eigene Schwerpunkte setzen.

„Überlaufkopf“ für nicht ausgezahlte Mittel

Alle Fördermittel müssen künftig jährlich an die Selbsthilfegruppen, die Selbsthilfeorganisationen auf der Bundes- und der Landesebene sowie an die Selbsthilfekontaktstellen überwiesen werden. „Nicht verausgabte kassenindividuelle Mittel kommen in einen so genannten Überlaufkopf und fließen im Folgejahr der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu“, so Niederbühl. Ersten Überlegungen der Krankenkassen zufolge soll die Geldverteilung aus dem Überlaufkopf dann wie folgt festgelegt werden: Bundes-, Landes- und Ortsebene sowie die Kontaktstellen erhalten davon jeweils 25 Prozent der Mittel. Die Verteilung der regulären Förderung auf die jeweiligen Ebenen wird demgegenüber auf Landesebene festgelegt – unter Berücksichtigung der dort vorhandenen Selbsthilfestrukturen.

Ferner sieht der neu gefasste Paragraph 20 c SGB V vor, dass künftig Selbsthilfevertreter bei der Verteilung der Fördergelder beteiligt werden. Sie haben ein Mitberatungsrecht. Eine Änderung,

Wie unterstützen Bund, Länder und Kommunen die Selbsthilfe?

Bundesländer und Kommunen fördern die Selbsthilfe, allerdings uneinheitlich. In den letzten Jahren wurden die Mittel immer weniger. Helga Kühn-Mengel nennt dazu folgende Zahlen: 2001 bekam die Selbsthilfe von Ländern und Kommunen insgesamt noch 14,7 Millionen, 2005 waren es lediglich 12,1 Millionen. Der bundesweite Durchschnitt für das Jahr 2005 liegt bei 0,15 Euro je Einwohner, beim Vergleich der einzelnen Bundesländer schwankt dieser Wert jedoch erheblich.

Auf Bundesebene erfolgt die Förderung vornehmlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Jedes Jahr wird erneut über die Gesamtfördersumme parlamentarisch im Bundeshaushalt entschieden. Kühn-Mengel zufolge betrug das Fördervolumen des BMG für die Jahre 2005 und 2006 jeweils 2,5 Millionen. Davon wurden 2,3 Millionen im Jahre 2005 genehmigt und als projektbezogene Förderung den bundesweiten Dachverbänden und einzelnen Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung gestellt.

die auf der Veranstaltung von Selbsthilfevertretern zum Teil kritisch gesehen wurde. Karin Niederbühl bekennt, dass es derzeit hierzu noch einige offene Fragen gäbe. Zum Beispiel auch, wer die Vertreter der Selbsthilfe vor Ort sind. Die neuen Förderregelungen treten zum 1. Januar 2008 in Kraft, derzeit diskutieren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Selbsthilfevertretern auf Bundesebene über die Umsetzung des § 20 c SGB V.

Kühn-Mengel: Krankenkassen werden in die Pflicht genommen

„Die qualitative Aufwertung der Selbsthilfe soll durch eine bessere finanzielle Förderung flankiert werden“, so kommentiert die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, die Gesetzesänderung. Die bisherige Unterstützung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bezeichnet sie als ungenügend. Das GKV-WSG nehme die Krankenkassen nun in die Pflicht. Als nicht hinnehmbar bezeichnet die Patientenbeauftragte die stetig sinkende Förderung der Selbsthilfe durch Länder und Kommunen.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Datenschutzbericht

Schutzmängel bei Krankenkassen

Berlin – In seinem „21. Tätigkeitsbericht 2005/2006“ kritisiert Peter Schaar, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), unter anderem Datenschutzverletzungen gesetzlicher Krankenkassen. Im Fokus steht dabei auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Wie bereits in drei Tätigkeitsberichten zuvor thematisiert Schaar die Kassenpraxis, personenbezogene Versichertendaten mit „Selbstauskunftsbögen“ und darauf basierende Erhebungen bei Ärzten zu sammeln – und zwar am Medizinischen Dienst (MDK) vorbei.

„Selbstauskunftsbögen“ – gesetzliche Grundlage fehlt

Schaars Haltung zu dieser Rechtsfrage: Die Krankenkassen haben in den in § 275 Sozialgesetzbuch (SGB) V genannten Fällen (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) den MDK mit einer Begutachtung bzw. Prüfung zu beauftragen. Nur der MDK darf demnach weitergehende Daten erheben oder speichern, sofern dies im konkreten Einzelfall erforderlich ist (§ 276 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz SGB V). Mit dieser „eigenständigen Datenerhebungskompetenz“ des MDK hat der Gesetzgeber auch „entschieden, dass die Krankenkassen diese Informationen gerade nicht erhalten sollen“, argumentiert Schaar. Das verdeutlicht auch § 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wonach der MDK der jeweiligen Krankenkasse nur das Ergebnis der Begutachtung übermitteln dürfe, nicht aber die Informationen/Daten, aufgrund derer der Dienst zu seiner Bewertung gekommen sei.

Sensible Daten im Visier

Angesichts dieser Rechtslage hält Schaar die „weit verbreitete Praxis der Krankenkassen (...) für unzulässig“, bei Versicherten beispielsweise über so genannte „Selbstauskunftsbögen“ (Fragebögen/Auskunftsersuchen) ergänzende Angaben über deren Gesundheitszustand und ihre Befindlichkeiten zu erfragen. „Insbesondere zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, zur Prüfung der Voraussetzungen bei Mutter-Kind-Kuren oder anderen Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen werden teilweise sehr sensible personenbezogene Daten erhoben und die Versicherten darüber hinaus sehr weitgehend zu ihrem persönlichen Lebensumfeld befragt“, heißt es im aktuellen Datenschutzbericht.

Schweigepflicht unterlaufen

Darüber hinaus versuchen Krankenkassen nach Erfahrungen des Datenschützers auch über allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärungen an Informationen zum Gesundheitszustand ihrer Versicherten bis hin zu konkreten Behandlungsunterlagen zu gelangen. Gestützt auf solche Einwilligungserklärungen fordern Kassen bei Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen alle möglichen Unterlagen an – etwa Entlassungs- und Befundberichte, Arztbriefe, ärztliche Gutachten und Röntgenaufnahmen. „Dazu sehe ich keine Ermächtigungsgrundlage“, betont Schaar. Denn in § 301 Abs. 1 SGB V sei spezialgesetzlich und abschließend festgelegt, welche Daten zu welchem Zweck im Fall einer Krankenhausbehandlung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung zu stellen sind – und dazu gehörten nicht die genannten Behandlungsdokumente.

Trotz jahrelanger Bemühungen des Datenschutzbeauftragten ist das Problem des GKV-Datenbedarfs offensichtlich noch nicht gelöst. Und das, obwohl Bundesgesundheitsministerium (BMG)

und Bundesversicherungsamt (BVA) seine rechtlichen Bewertungen in dieser Sache „uneingeschränkt“ und der Deutsche Bundestag „ausdrücklich“ teile, wie Schaar schreibt. Immerhin: Mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK sei die Thematik „intensiv erörtert“ worden.

Hilfsmittelversorgung im Zwielficht

Einen zweiten, besonders gravierenden Komplex systematischer Verletzung des Datenschutzes in der GKV moniert Peter Schaar bei der Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln. Mehrere Petenten haben sich an den Bundesdatenschutzbeauftragten gewandt und sich darüber beschwert, dass Kassen ihre Sozialdaten und medizinische Diagnosedaten an Erbringer von Heilmitteln, vor allem aber an Hersteller von Hilfsmitteln bzw. an kassenexterne und private so genannte Hilfsmittelberater weitergegeben hätten. Die Krankenkassen begründen diesen Transfer personenbezogener Sozial- und medizinischer Daten an private Hersteller und Berater mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat jedoch „erhebliche Zweifel, ob eine Übermittlung von derart sensiblen Sozialdaten auf diese allgemeinen Grundsätze gestützt werden kann“.

Keine Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten

Die Regelung von vertraglichen Kontakten zu Leistungserbringern in § 127 SGB V beinhaltet nach Einschätzung Schaars keine Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten an Hersteller bzw. Erbringer von Hilfs- und Heilmitteln. Auch für die Weitergabe solcher Daten an externe „Hilfsmittelberater“ zur Begutachtung der Versicherten sei eine gesetzliche Grundlage „nicht zu erkennen“. „Die abgeschlossenen Verträge“ zwischen Kassen und Beratern könnten „eine gesetzliche Grundlage nicht ersetzen“, stellt Schaar fest. Leistungsvoraussetzungen und -umfang müssten vielmehr gegebenenfalls gutachterlich vom Medizinischen Dienst beurteilt werden.

Elektronische Gesundheitskarte auf gutem Weg

Die bisherigen Vorbereitungen bis hin zum Beginn der Tests für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hält Schaar hingegen aus Perspektive des Datenschutzes für unbedenklich. Die Zugriffsregelung für die auf der eGK gespeicherten Daten „ist technisch so konzipiert, dass das Patientengeheimnis auch gegenüber und zwischen Angehörigen der Heilberufe umfassend gewahrt bleibt. Auch die Grundprinzipien der Datenvermeidung und Datensparsamkeit werden eingehalten“, heißt es in Schaars Tätigkeitsbericht. Neue medizinische Daten würden nicht erhoben, sondern lediglich ein „verlagerter Zugriff“ auf erhobene Daten ermöglicht. „Ich begrüße es“, kommentiert Schaar die angelaufenen Feldtests der eGK, „dass meine Anregung berücksichtigt wurde, solche organisatorische und technische Verfahren, mit Hilfe derer Versicherte ihre Rechte wie z.B. Einsichtnahme und Löschung der Daten wahrnehmen können, in die Tests einzubeziehen.“ Das Lob des Datenschutzbeauftragten für die Umsetzung der eGK mündet in der Formulierung, er begrüße „die sorgfältigen Vorbereitungsarbeiten seitens der Gematik und des Bundesgesundheitsministeriums“ und begleite „gemeinsam mit den Landesdatenschutzbeauftragten die Tests sehr aufmerksam“.

- [21. Tätigkeitsbericht \(2005/2006\) des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit; pdf-Dokument, 203 Seiten, 2.5 MB](#)
- [Mehr über die Arbeit des Datenschutzbeauftragten erfährt man unter: www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)
- [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Rabattverträge

Apotheker: Anlaufprobleme noch nicht gelöst

Berlin – Für über 12.100 Arzneimittel, jede Packungsgröße und Darreichungsform zählt extra, existieren unterschiedliche Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern. Vor allem bei Generikaanbietern, die bisher kleine Marktanteile haben, kommt es nach Erfahrung der Apotheker weiterhin zu Lieferengpässen.

Der Deutsche Apothekerverband und der AOK-Bundesverband haben sich daher auf eine Verlängerung der so genannten Friedenspflicht bis zum 30. September 2007 geeinigt. Sollten Arzneimittel von Generikaherstellern, mit denen die AOK Lieferverträge abgeschlossen hat, nicht lieferbar sein, hat der Apotheker damit die Möglichkeit, ein alternatives und vorrätiges Präparat abzugeben.

Hunderte Rabattverträge – über eine Millionen Datensätze

Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) am 1. April müssen Apotheker bei der Einlösung einer ärztlichen Verordnung zunächst die Kassenzugehörigkeit des Patienten erfragen. Hat die Kasse mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge abgeschlossen, sind diese zwingend umzusetzen: Der Apotheker muss grundsätzlich das (oder eines der) wirkstoffgleiche(n) Rabatt-Präparat(e) abgeben. Nur durch eine massive Aufrüstung ihrer EDV können die Pharmazeuten Hunderte Rabattverträge managen – über 1,3 Mio. neue Datensätze wurden zu diesem Zweck auf die Computersysteme in den Offizinen überspielt, berichtet die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). In der Praxis scheiterten rabattvertragskonforme Arznei-Substitutionen aber auch Mitte Mai noch immer an der eingeschränkten Lieferfähigkeit von Arzneimittelherstellern, berichtet die ABDA auf einem Presseseminar. Die Anlaufschwierigkeiten seien noch immer nicht überwunden. Die AOK hat Konsequenzen gezogen und bereits Verträge gekündigt.

Rabattverträge in Zahlen

Die ABDA hat zum Stichtag 1. Mai 2007 folgende Statistik vorgelegt:

- Knapp 80 Prozent aller Krankenkassen – 193 von 242 – haben Arznei-Rabattverträge abgeschlossen.
- Daran beteiligt sind 41 der rund 60 in Deutschland tätigen Generikahersteller.
- Pro Kasse und Hersteller sind 1 bis zu 2.574 Arzneimittel (alle Packungsgrößen und Darreichungsformen extra gezählt) Gegenstand dieser Rabattverträge.
- Insgesamt gibt es 12.123 Arzneimittel unter Rabattverträgen, rund ein Fünftel aller Medikamente.
- Pro Arzneimittel sind zwischen 1 und 156 Krankenkassen Vertragspartner der Anbieter.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Benchmarking

Rheumatoide Arthritis: Patientenzufriedenheit im Fokus

Berlin – Benchmarking wird im Gesundheitswesen zum gängigen Instrument, um Qualitätsverbesserungen zu initiieren. Das Besondere am vom Verband Rheumatologischer Akutkliniken organisierten obra-Projekt (Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung): die Patientenorientierung.

Regelmäßige Workshops

Das 2004 gestartete Projekt soll die stationäre Versorgung verbessern sowie die Lebensqualität der Patienten steigern. Bei der Vorstellung des obra-Berichtes in Berlin erläutern Vertreter von Kliniken und Patienten das Vorgehen: Die 13 teilnehmenden Häuser haben die medizinische Versorgungsqualität ebenso gemessen wie die Kommunikation mit dem niedergelassenen Arzt und die Patientenzufriedenheit (z.B. Arzt-Patienten-Verhältnis, Aufnahmeverfahren). In moderierten Benchmarking-Workshops diskutierten die Behandlungsteams der Kliniken und Patientenvertreter der Rheuma-Liga regelmäßig die Ergebnisse. Besonders gute Kliniken haben dort ihre Verfahren und Prozesse erläutert. Für Projektleiter Dr. Norbert Roeder war die offene interdisziplinäre Diskussion „das Wesentliche“ des Projekts. Damit verbunden sei ein „Lernprozess für alle Beteiligten“ gewesen. Roeder hebt insbesondere die Ergebnisse der Patientenbefragungen hervor. Die Kliniken hätten dadurch eine Rückmeldung vom Kunden erhalten.

Patienten wollen mehr als reine Sachinformationen

Die Befragungen zeigen, dass sich die meisten eine bessere Kommunikation und Aufklärung von ihren Ärzten und Therapeuten wünschen. „Viele Ärzte des Projektes haben begriffen, dass es um mehr als reine Sachinformationen geht“, sagt Borgi Winkler-Rohlfing von der Rheuma-Liga bei der Pressekonferenz. Sie spricht auch praktische Dinge an, die den Patienten am Herzen liegen: Werde der Arztbrief gleich am Tag der Klinikentlassung versandt, erleichtere dies das Management der eigenen Krankheit. Langfristig erhofft sich Winkler-Rohlfing von obra, dass sich die Behandlungswege in den verschiedenen Krankenhäusern angleichen.

Patientenorientierung hoch zwei

Beim obra-Projekt fand Patientenbeteiligung in zweierlei Hinsicht statt: Zum einen wurde die Perspektive Betroffener bei der Qualitätsmessung berücksichtigt. Die Patienten wurden direkt zu ihren Klinikerfahrungen befragt, bei den meisten anderen Qualitätsvergleichen werden dagegen lediglich vom medizinischen Fachpersonal erhobene Zahlen berücksichtigt. Außerdem hat ein Vertreter der Rheuma-Liga, Karl Cattelaens, an allen Sitzungen der Steuerungsgruppe und an den meisten Benchmarking-Workshops teilgenommen. Die Patientenbeteiligung war übrigens durch den Projektförderer – das Bundesgesundheitsministerium (BMG) – vorgegeben. Um die in den Kliniken entstandenen Qualitätsmanagementstrukturen weiter nutzen zu können, ist eine Weiterführung der Messungen und des Benchmarkings geplant. Dies soll im Rahmen von kobra (kontinuierliches obra) geschehen, die Programmkosten tragen die beteiligten Kliniken.

- *Weitere Informationen zum obra-Projekt unter www.rheuma-akut-obra.net*
- *Mehr zum BMG-Modellvorhaben „Benchmarking im Gesundheitswesen“ unter www.benchmarking-qm.de*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

■ Krebsbehandlung

Tumorzentrum und Schwerpunktpraxen kooperieren

Berlin/Heidelberg – Die Vernetzung zwischen dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg und den onkologischen Schwerpunktpraxen der Region wird verstärkt. Das sieht eine Kooperationsvereinbarung der universitären Einrichtung mit dem Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) – Regionalverband Nordbaden – vor.

Von dieser engeren Kooperation soll der Krebspatient profitieren. Der Informationsfluss zwischen Klinikum und Praxis werde erheblich verbessert, Patienten aus den Facharztpraxen mit kompliziertem Krankheitsverlauf könnten in den Spezialsprechstunden des NCT Heidelberg vorgestellt und gegebenenfalls in Therapiestudien eingeschlossen werden, so die Verantwortlichen. Gleichzeitig könnten Patienten, die in der Universitätsklinik operiert wurden, schnell und unkompliziert von den kooperierenden Praxen übernommen und weiterbehandelt werden.

Interdisziplinäre Patientenversorgung

„Durch diesen Kooperationsvertrag sind wir unserem Ziel, umfassende Krebs therapie und -forschung, und damit ein Comprehensive Cancer Center aufzubauen, einen Schritt näher gekommen“, sagt Prof. Dr. Dirk Jäger, Leiter der Abteilung Medizinische Onkologie am NCT Heidelberg. „Wir erweitern unser Konzept der interdisziplinären Patientenversorgung überregional.“ Niedergelassenen Kollegen ermögliche dies eine direkte Teilnahme an klinischen Studien des NCT und seine gesamte Infrastruktur zu nutzen. „Auf der anderen Seite können wir uns auf kompetente Partner im niedergelassenen Bereich verlassen, die unsere Patienten auf hohem Niveau den gemeinsamen Vorstellungen entsprechend behandeln“, so Prof. Jäger.

- *Mehr Informationen zum Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) gibt es auf folgender Website: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Nationales-Centrum-fuer-Tumorerkrankungen.106907.0.html>*
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ Arzneimittel

Extreme Unterschiede in der Versorgung

Berlin – „Unterversorgung ist kein Gefühl, sondern eine empirisch belegbare Tatsache“, konstatiert Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA). Für zehn Krankheitsbilder hat der VFA vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie untersuchen lassen, ob es Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland gibt. Das Ergebnis der Studie: Die Defizite sind zum Teil enorm.

Ursachen sind vielfältig

Eine prekäre Unterversorgung stellt Prof. Dr. Reinhard Rychlik vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie bei Patienten mit Demenz, Rheumatoider Arthritis sowie Hepatitis C fest. Bei der Versorgung der zurzeit etwa eine Million Demenzpatienten errechnete der Wissenschaftler eine Unterversorgung mit Antidementiva von 74 Prozent. Ursachen sind aus seiner Sicht: unzureichende Kenntnis der Ärzte über leitliniengerechte Therapien, mögliche Defizite in den Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula, späte Diagnosestellungen. Außerdem trage die skeptische Beurteilung der Wirksamkeit von Antidementiva durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Unterversorgung Demenzkranker bei. Laut IQWiG-Bericht könnten die Antidementiva den Krankheitsverlauf lediglich geringfügig mildern. Rychlik liegt es jedoch fern, die Verantwortung für Unterversorgung den Ärzten in die Schuhe zu schieben. Es handele sich um ein ganzes Geflecht von Ursachen. „Zweifellos wirken sich gesundheitspolitische Restriktionen negativ auf das Ordnungsverhalten von Ärzten aus.“

Oft unerkannt: Hepatitis C

Zu unterschätzen seien auch nicht fehlende Therapietreue der Patienten oder der Fachärztemangel bei bestimmten Erkrankungen wie Rheuma. Den Mangel an erreichbaren Rheumatologen sieht Rychlik als wichtigen Grund für die von ihm errechnete Unterversorgung von 69 Prozent bei Rheumatoider Arthritis.

Wieder anders sind die Erkenntnisse zur Hepatitis C zu interpretieren. Da kommt Rychlik auf eine Unterversorgung von 91 Prozent, aber: „Die Zahl ist deshalb so hoch, weil viele Patienten mit Hepatitis C nicht identifiziert werden.“ So wurden in Deutschland 2005 insgesamt 8.308 Fälle erstdiagnostizierter Hepatitis C gemeldet. Schätzungen des Robert Koch-Instituts für 2005 gehen von 400.000 – 500.000 in Deutschland lebenden Virusträgern aus. Daher wird eine enorme Dunkelziffer vermutet.

Vergleichsweise gering ausgeprägt ist die Unterversorgung beispielsweise bei Schilddrüsenkarzinom, Schizophrenie und chronischem Tumorschmerz. Erschwert wurde die Arbeit von Rychlik durch eine schlechte Datenlage. „Entweder es gibt keine Daten, sie sind widersprüchlich oder unzulänglich ermittelt.“ Deshalb sei er eher von konservativen Zahlen zur Prävalenz ausgegangen.

Zum Gutachten

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) hat das Institut für Empirische Gesundheitsökonomie beauftragt, ein Gutachten zur Versorgungssituation mit Arzneimitteln zu erstellen. Betrachtet wurden zehn Krankheitsbilder: Chronischer Tumorschmerz, Demenz, Depression, Hepatitis C, Hypertonie, Migräne, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Schilddrüsenkarzinom, Schizophrenie. Ausgegangen wurden von Ordnungsdaten des Zeitraumes November 2005 bis Oktober 2006.

- [Gutachten über die Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland, herausgegeben vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Mai 2007; pdf-Dokument, 79 Seiten, 380 KB](#)

- [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Komplementärmedizin

Berliner Charité setzt auf alternative Behandlungsmethoden

Berlin – Die Berliner Charité hat eine Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP) eröffnet. Dort sollen Patienten sowohl mit Methoden der Schul- als auch der Komplementärmedizin (Alternativmedizin) behandelt werden. Der Behandlungserfolg wird dabei konsequent wissenschaftlich geprüft.

„Ziel von CHAMP ist es, eine moderne, ganzheitliche medizinische Versorgung zu gestalten und diese wissenschaftlich zu evaluieren“, sagt Prof. Stefan N. Willich, an dessen Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie die Ambulanz eingerichtet wird. Von der Arbeit in der Ambulanz erhoffen sich die Mediziner wichtige Forschungserkenntnisse für die Prävention und Behandlung eines breiten Krankheitsspektrums. „Dieses Vorhaben ist in Deutschland bislang einmalig an einem Universitätsinstitut“, so Institutsdirektor Willich.

Klinische Studien als Nachweis für Wirksamkeit erforderlich

In der Integrativen Medizin werden Therapien aus der Schul- und Komplementärmedizin miteinander kombiniert. Unter dem Begriff Komplementärmedizin werden alternative medizinische Ansätze, wie z. B. Akupunktur, Naturheilverfahren oder Homöopathie, zusammengefasst. „Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Therapieansätze aus der Komplementärmedizin nach strengen Kriterien der Schulmedizin im Rahmen von großen klinischen Studien auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen“, sagt Willich. „Gelingt dieser Nachweis, wie z. B. bei der Akupunktur, so ist es empfehlenswert, Methoden der Schulmedizin mit komplementärmedizinischen Verfahren zu verbinden.“ Für die Arbeit von CHAMP bedeutet dies, individuelle Behandlungspläne zu erstellen, die beide Ansätze einschließen.

Chronische Erkrankungen im Fokus der Ambulanz-Arbeit

Ein Schwerpunkt der Ambulanz-Arbeit ist es, die Entstehung chronischer Krankheiten bereits im Vorfeld zu verhindern. Willich sieht in der Bevölkerung einen großen Informationsbedarf. CHAMP hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt, gezielte Aufklärung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen anzubieten und gleichzeitig neue wissenschaftliche Konzepte zur Prävention zu entwickeln. Das Themenspektrum reicht von Stressmanagement, Bewegungstraining, Raucherentwöhnung bis hin zu Präventionsprojekten an Schulen und Gesundheitsförderung in Unternehmen.

- *Die Ambulanz wird von Partnern wie der AOK Berlin, der Techniker Krankenkasse sowie der Karl und Veronica Carstens-Stiftung unterstützt. Weitere Informationen zu CHAMP unter www.champ-info.de*
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ Verbraucherberatung

Start für bundesweite Telefon-Hotline zur Pflege

Berlin/Köln – Um den Verbrauchern den Weg durch den Pflegedschungel zu ermöglichen, haben die Verbraucherzentralen in Kooperation mit den Betriebskrankenkassen ein bundesweites Informations- und Beratungstelefon zum Thema Pflege gestartet. Auskunft gibt es zu: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Beratung zu Heim- und Pflegedienstverträgen und alternativen Wohnformen.

Informierte Patienten erzwingen Qualitätsdiskussion

Mit dem neuen Beratungsangebot wird das Thema Pflegequalität nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) stärker in die öffentliche Diskussion gerückt. „Es sind gut informierte Verbraucher, die im Pflegemarkt für den nötigen Druck in Richtung mehr Qualität sorgen“, stellt vzbv-Vorstand Prof. Dr. Edda Müller fest. „Gewinner dieser Kooperation sind die Pflege- und Hilfsbedürftigen sowie ihre Angehörigen. Sie erhalten endlich Antworten auf ihre Fragen. Denn erst durch eine individuelle und vorausschauende Beratung kann jeder – ob bereits betroffen oder noch nicht – die für seine konkrete Lebenssituation beste Lösung finden“, so K.-Dieter Voß, Vorstand beim BKK Bundesverband.

Zwei Millionen Pflegebedürftige und viele Fragen

Rund zwei Millionen Menschen in Deutschland sind heute auf pflegerische Betreuung oder Unterstützung angewiesen, weil sie ihren Alltag nicht mehr alleine meistern können. Von Betroffenen und Angehörigen werden Entscheidungen erwartet, die in einem wachsenden Markt von Pflegeangeboten nur schwer zu treffen sind. Was ist im konkreten Einzelfall die geeignete und finanzierbare Hilfe? Worauf ist beim Abschluss eines ambulanten Pflegevertrages zu achten? Kann der Pflegebedürftige in seiner Wohnung bleiben? Müssen seine Kinder für die Pflege aufkommen? Was ist der Unterschied zwischen einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung? Mit solchen Fragen standen Pflegebedürftige und Angehörige bislang oft alleine da. Mit dem Netzwerk Pflegeberatung soll sich das künftig ändern. Möglich wurde es durch eine Vereinbarung zwischen dem vzbv und dem BKK Bundesverband. Grundlage hierfür ist eine Regelung des Sozialgesetzbuch XI, die es den Pflegekassen erlaubt, eine unabhängige Pflegeberatung zu unterstützen. Das Pilotprojekt läuft zunächst bis Mitte 2009.

Kontaktdaten

Das Pflegeberatungs-Telefon ist bundesweit zu folgenden Themen erreichbar:

- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung Tel. 01803770 500-1
- Heim- und Pflegeverträge Tel. 01803770 500-2
- betreutes Wohnen und ambulant betreute Wohngruppen Tel. 01803770 500-3
- Informationen zum Unterhaltsrecht und zur Sozialhilfe im Zusammenhang mit Pflege Themen sind unter allen drei Rufnummern erhältlich.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Initiative

BMBF fördert Forschung zu Diabetes und Adipositas

Berlin – Die Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen steigt von Jahr zu Jahr. Mittlerweile sind rund acht Prozent der Deutschen betroffen. Besonders alarmierend ist die Zahl der erkrankten Kinder und Jugendlichen. Um die Forschung in diesem Bereich zu stärken, hat Bundesforschungsministerin Annette Schavan eine Forschungsinitiative zu Diabetes und Adipositas vorgestellt.

Das Bundesforschungsministerium fördert zwei krankheitsbezogene Kompetenznetze, für die in den nächsten zehn Jahren rund 100 Millionen Euro vorgesehen sind. Von der Wissenschaft erhofft sich die Ministerin „exzellente, aufeinander abgestimmte Anträge für Projekte, aus denen sich dann krankheitsbezogene Kompetenznetze entwickeln können.“ Dazu sei es aber erforderlich, dass sich die Wissenschaftler innerhalb ihres Forschungsgebiets besser als bisher vernetzen und mit Blick auf die Folgeerkrankungen an Herz, Augen, Nerven- und Gefäßsystem eng mit anderen Forschungsgebieten kooperieren.

Neben ihrem Appell an die Wissenschaft bat Schavan auch die Wissenschaftsminister der Länder um Unterstützung. „Es ist gut, dass das Thema gesunde Ernährung ernst genommen wird. Ratschläge zum Ernährungsverhalten haben aber nur eine begrenzte Wirkung. Deshalb ist es wichtig, bei Adipositas und Diabetes die Forschung zu stärken und neuartige Ansätze für Vorbeugung und Behandlung zu identifizieren.“ Die Wissenschaftler sind nun aufgerufen, bis zum 17. September 2007 ihre Projektskizzen zu Forschungsvorhaben einzureichen.

Die Bekanntmachungen von Richtlinien zur Förderung krankheitsbezogener Kompetenznetze sind auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu finden unter:

- *Adipositas: <http://www.bmbf.de/foerderungen/8003.php>*
- *Diabetes: <http://www.bmbf.de/foerderungen/8004.php>*
- *zurück zur Übersicht <<*

■ **Behandlungsfehler**

Kompetenzzentrum für mehr Patientensicherheit

Berlin/Münster – Ein Kompetenzzentrum der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) soll niedergelassene Ärzte stärker für Fehlervermeidungsstrategien und Patientensicherheit sensibilisieren. Die KVWL will bei diesem Thema auch die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen suchen.

Rund 90 Prozent der täglichen Behandlungsfälle werden in den Praxen versorgt, aber nur ein Drittel aller Fehler passierten dort, heißt es bei der KVWL. Dennoch: Jeder Fehler ist einer zuviel. Außerdem könnten Missgeschicke wie vertauschte Blut- oder Biopsieproben, bislang vor allem ein Problem in Kliniken, auch im niedergelassenen Bereich zum Thema werden, sagt Andreas Kintrup, Leiter Qualitätssicherung, -management und -entwicklung bei der KV. „Zum Beispiel bei größeren Praxiszusammenschlüssen oder in Praxisfilialen“. Kooperationsformen dieser Art sind politisch gewollt und werden in Zukunft gegenüber der klassischen Einzelpraxis deutlich an Gewicht gewinnen.

Praktische Handlungsempfehlungen für Niedergelassene

Auf die Fehlerpotenziale in diesen größeren Einheiten will sich die KV systematisch vorbereiten. In ein paar Wochen nimmt ein spezielles Kompetenzzentrum seine Arbeit auf. Es soll praktische Handlungsempfehlungen entwickeln, um die Behandlungssicherheit zu erhöhen. Diese könnten beispielsweise durch Qualitätszirkel und durch QM-Systeme verbreitet werden, sagt Andreas Kintrup. Von den Empfehlungen sollen nicht nur die westfälischen Ärzte, sondern Niedergelassene aus dem ganzen Bundesgebiet profitieren.

Kooperation mit Patientenorganisationen vorgesehen

Das Zentrum kümmert sich nicht nur um Klinikschwierigkeiten, die künftig auch großen Praxen ins Haus stehen können, sondern auch um typische Probleme aus dem niedergelassenen Bereich. Welche das sind, will die Einrichtung zusammen mit anderen KVen, Berufsverbänden und Patientenorganisationen ermitteln. Auch mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit werden die Westfalen kooperieren. Wichtige Erkenntnisse über den Verbesserungsbedarf in deutschen Arztpraxen dürfte auch die Statistik der ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen enthalten, die vor einigen Wochen vorgestellt wurde. Der Auswertung zufolge ist die häufigste Fehlerquelle in Praxen die Diagnostik, und zwar Bild gebende Verfahren sowie Anamnese/Untersuchung.

KBV ernennt Kompetenzzentren

Das Kompetenzzentrum Patientensicherheit der KV Westfalen-Lippe wird in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingerichtet. Diese hatte angekündigt, Aufgaben innerhalb der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Zentren zu bündeln. Zwei sind jetzt vergeben: Neben der KV Westfalen-Lippe wird sich die KV Saarland um Schlafapnoe kümmern. Labor und Qualitätssicherung bei kurativer Mammografie werden aller Voraussicht nach an die KV Bayern gehen. Die KVen stehen bei den Kompetenzzentren untereinander im Wettbewerb. Die beste auf einem Gebiet soll den Zuschlag erhalten.

- *Pressemitteilung der KV Westfalen-Lippe vom 29. Mai 2007: „Patientensicherheit in Arztpraxen soll weiter verbessert werden“; pdf-Dokument, 2 Seiten, 28 KB*

- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG

■ www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Thomas Werner (Vors.)

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

■ service.info@gsk.com

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754

Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:

Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327

■ roger.jaeckel@gsk.com

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

■ ilka.einfeldt@gsk.com

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

■ sabine.skwara@gsk.com

Bildnachweis

Rabattverträge:
medicalpicture, Baptista

Peter Schaar: Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Patientenbeteiligung Benchmarking: AOK-Bilderdienst

Pflege:
medicalpicture, Baerbel Hoegner

Editorial:
GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Bestellung des Patientenbriefes

Möchten Sie den Patientenbrief regelmäßig lesen oder weiterempfehlen? Der Patientenbrief erscheint monatlich und kann kostenlos und unverbindlich abonniert werden.

Möchten Sie von unserem Verteiler gestrichen werden? Bitte klicken Sie im Folgenden auf den passenden Link und wir werden Ihre Wünsche umgehend erledigen.

Hinweis: Ihre Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

■ [Zur Bestellung oder Abbestellung des Patientenbriefes rufen Sie bitte unser MED INFO & SERVICE CENTER an: erreichbar montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr \(gebührenfrei\)](#)

Tel.: 0800 1 22 33 55

Fax: 0800 1 22 33 66

e-mail: service.info@gsk.com

■ [direkter Kontakt zum Redaktionsteam: de.patientenbrief@gsk.com](mailto:de.patientenbrief@gsk.com)

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀