

INHALT

- Vergütungen für Meldungen an Krebsregister stehen fest
- BAH verstärkt Präsenz in der Hauptstadt
- GBA vergibt erstmals Höchstnote beim Zusatznutzen
- Marburger Bund: Mehr Studienplätze und weniger Numerus clausus
- Blickpunkt Hintergrund: Krankenhaus-Report 2015

■ Umfrage: Große Mehrheit der Deutschen für Impfpflicht

Fast drei Viertel der Deutschen befürworten eine Impfpflicht bei schweren Krankheiten wie Masern. Das zeigt eine Befragung von 1.000 Menschen des Meinungsforschungsinstituts YouGov. 40 Prozent waren demnach „sehr für eine Impfpflicht“, 34 Prozent „eher für eine Impfpflicht“. Nur 21 Prozent waren „eher oder sehr gegen eine Impfpflicht“. Fünf Prozent waren unentschieden. Besonders viele Befürworter gabe es in der Altersgruppe ab 55 Jahre. Gesundheits- und Rechtspolitiker des Bundestages zeigten sich hinsichtlich einer Impfpflicht durchaus aufgeschlossen. Eine hohe „Durchimpfungsrate“ sei sicherlich von elementarer Bedeutung. Angesichts der kontroversen Debatte plädierten mehrere Abgeordnete aber zunächst dafür, Informationskampagnen auszuweiten und die Nutzung öffentlicher Einrichtungen wie Kitas gegebenenfalls von einem Impfnachweis abhängig zu machen. Der AOK-Bundesverband setzt auf Information: „Wir raten seit jeher dringend zur Masern-Impfung. Die Bedenken dagegen nehmen wir ernst und haben deshalb eine Entscheidungshilfe herausgegeben“, sagte Verbandschef Jürgen Graalman in der Rheinischen Post.

Infos: www.yougov.de

■ Hepatitis-C-Medikament Sovaldi: Einigung kurz vor Toresschluss

Der GKV-Spitzenverband und das Pharmaunternehmen Gilead Sciences haben doch noch einen Erstattungsbetrag für das Arzneimittel Sovaldi vereinbart. Eine Entscheidung durch die bereits eingeschaltete Schiedsstelle ist nicht mehr nötig. Nach eigenen Angaben erhält Gilead rückwirkend zum 23. Januar 2015 pro Packung 14.520 Euro. Das entspricht einem Nachlass von 10,7 Prozent. Unter Berücksichtigung von Mehrwertsteuer und **Herstellerrabatt** müssten die Kassen jetzt für eine Zwölf-Wochen-Therapie rund 50.480 Euro bezahlen. Laut **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)** lagen die Therapiekosten für zwölf Wochen bisher bei knapp 60.000 Euro. Der vereinbarte Erstattungsbetrag gilt laut GKV-Spitzenverband für drei Jahre. Zusätzlich sei eine Preisstaffelung für die beiden darauffolgenden Jahre ausgehandelt worden. Die Verhandlungen haben sich am Ende rund sieben Monate gezogen. Parallel hatten auch einzelne Krankenkassen eigene **Rabattverträge** ausgehandelt. Dazu zählen neben der Barmer-GEK auch die AOK Niedersachsen und die AOK Rheinland/Hamburg.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

ZUR PERSON I



■ **Prof. Lothar H. Wieler**, ist neuer Präsident des Robert-Koch-Instituts (RKI). Sein Vorgänger Prof. Reinhard Burger scheidet aus Altersgründen aus. Wieler ist Professor an der Freien Universität Berlin und war dort zuvor Geschäftsführender Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Tierseuchen.



■ **Frank Plate** ist neuer Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) und damit Nachfolger von Dr. Maximilian Gaßner. Plate leitete bereits von 2002 bis 2010 die Abteilung „Gemeinsame Angelegenheiten der Sozialversicherung“ im BVA. Seit Juni 2010 war er im Bundesfamilienministerium Leiter der Unterabteilung Personal, Haushalt, Controlling.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
3. März 2015

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Vergütungen für Meldungen an Krebsregister stehen fest

Meldet eine Klinik, ein Arzt oder Zahnarzt Daten eines Krebspatienten an ein **klinisches Krebsregister**, erhält er oder sie dafür vom Krebsregister bis zu 35 Euro. Das Register wiederum wird von der Krankenkasse des Patienten bezahlt. So lautet das Ergebnis des gesetzlichen Schiedsverfahrens. GKV-Spitzenverband, **Deutsche Krankenhausgesellschaft** und **Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung** hatten sich vorher nicht einigen können. Laut Schiedsspruch vom 24. Februar 2015 entfallen 18 Euro auf Daten zur Tumor-diagnose. Für die Angaben zum weiteren Krankheitsverlauf werden acht Euro fällig. Für Meldungen über die Krebstherapie und die Ergebnisse von Pathologieuntersuchungen gibt es noch einmal fünf beziehungsweise vier Euro. Derzeit befinden sich in Deutschland flächendeckend klinische Krebsregister im Aufbau. Mit der Entscheidung soll sichergestellt werden, dass der Dokumentations- und Meldeaufwand der Leistungserbringer abgegolten ist. Die Vertragspartner rechnen mit jährlich rund drei Millionen Meldungen. Die Erkenntnisse aus den Daten sollen in die Verbesserung der Versorgung krebskranker Patienten fließen.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

■ Geheimdienst-Attacke bleibt für die eGK ohne Folgen

Die **elektronische Gesundheitskarte (eGK)** ist von den Hackerangriffen der Geheimdienste der USA und Großbritanniens auf den weltgrößten SIM-Kartenhersteller gemalto nicht betroffen. Die Produktionssysteme für die unterschiedlichen Kartentypen seien voneinander getrennt und eigenständig abgesichert, heißt es in einer gemeinsamen Stellungnahme von gemalto und der deutschen Betreibergesellschaft für die Telematikanwendungen der eGK (gematik). Deshalb könnten die Schlüssel nicht kopiert oder ausgelesen werden. Die niederländische gemalto AG stellt die eGK sowie Karten-Lesegeräte für Arztpraxen her. Laut Unternehmen zielten die Geheimdienste mit ihren Angriffen auf die Teilnehmerschlüssel der SIM-Karten, um damit Mobilfunkkommunikation abhören zu können. Ein gleichzeitiger Angriff auf SIM-Karten und Gesundheitskarten sei derzeit auszuschließen. Laut gematik ist die eGK schon deshalb sicher, weil die Karten bisher keine medizinischen Daten beinhalten. Und bei der künftigen medizinischen Anwendung wie AMTS (Arzneimitteltherapie-Sicherheit) werde der Schlüssel erst nach Einwilligung des Patienten direkt auf der Karte in der Arztpraxis erzeugt. Die Aktionsgemeinschaft „Stoppt die e-Card“ hatte die Cyberattacken genutzt, um erneut „den sofortigen Stopp der eGK und telematischen Infrastruktur“ zu fordern.

Infos: www.gematik.de

ZUR PERSON II



■ **Frank Gotthardt** wurde zum Vorsitzenden der neu gegründeten **Bundessachkommission „Digital Health“** des CDU-Wirtschaftsrates berufen. Der Rat will das Thema „digitale Technologien im Gesundheitswesen“ nach eigenen Angaben künftig stärker vorantreiben. Gotthardt ist Vorstandsvorsitzender und Hauptanteilseigner der CompuGroup Medical AG.



■ **Prof. Theodor Dinger** bleibt Sprecher des **Wissenschaftlichen Beirats der Bundesapothekerkammer**. Die Position hatte er 2009 von Prof. Walter Schunack übernommen. Dinger war seit 1990 Professor und ist seit 2013 Senior-Professor an der Uni Frankfurt. Von 2000 bis 2004 war er Präsident der **Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft**. Die Amtszeit des elfköpfigen Beirats läuft bis Ende 2018.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Krankenhaus-Report 2015: Qualitäts-Offensive braucht konkretes Konzept

Die Kliniklandschaft leidet an zu großen Kapazitäten, zu hohen Kosten und zu geringen Investitionen. Das ist die Diagnose von Professor Jürgen Wasem, Inhaber des **Lehrstuhls für Medizinmanagement** an der Universität Duisburg-Essen. Der Mitherausgeber des **Krankenhaus-Reports 2015** ist davon überzeugt, dass die historisch gewachsenen Klinikstrukturen den aktuellen Anforderungen nicht mehr genügen. Die Regierung habe den Handlungsbedarf erkannt. Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gingen an vielen Stellen in die richtige Richtung, sagte Wasem bei der Vorstellung des Reports Ende Februar. Allerdings bleibe das Investitionsproblem ungelöst. Außerdem fehle ein schlüssiges Konzept zur Umsetzung der angekündigten Qualitäts-offensive, so Wasem. Der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, warnte davor, dass von der Klinikreform am Ende nur eine große Finanzspritze bleibt: „Wir brauchen schnell mehr Stringenz und Verbindlichkeit bei den Qualitätsvorgaben für Kliniken.“ Als Beispiel nannte Deh die Zertifizierung von Zentren zur Behandlung von Brust- oder Darmkrebs. Weitere Einzelheiten zum Krankenhaus Report und zur Zertifizierung von Zentren im Blickpunkt Hintergrund (Seite 7).

Infos: www.aok-bv.de

■ BAH verstärkt seine Präsenz in der Hauptstadt

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) verlegt die Geschäftsbereiche Politik und Kommunikation nach Berlin. Geplanter Termin: Ende 2016. Das hat der BAH-Vorstand einstimmig auf einer Klausur-Tagung Ende Februar beschlossen. Zielsetzung sei, die Interessen des BAH und seiner Mitglieder künftig noch wirksamer zu vertreten, heißt es in einer Erklärung des Verbandes. „Die Rolle des BAH als ein starkes Bindeglied zwischen den verschiedenen Interessengruppen im gesundheitspolitischen Sektor am Regierungssitz soll mit dieser Maßnahme weiter ausgebaut werden“, erklärte Vorstandschef Jörg Wiczorek. Hauptsitz des Verbandes bleibt Bonn. Dort sind weiterhin die Geschäftsbereiche Wissenschaft sowie Recht, Internationales und Verwaltung angesiedelt. Auch die Service- und Dienstleistungseinrichtungen des BAH bleiben in Bonn.

Infos: www.bah-bonn.de

KOMMENTAR

Patienten wissen oft selbst am besten, was gut für sie ist. Auch das ist ein Ergebnis des Krankenhaus-Reports 2015. Vier von fünf Patienten lassen sich schon jetzt an zertifizierten Zentren behandeln und nehmen etwas weitere Wege in Kauf, weil sie hohe und klare Qualitätsstandards schätzen. Die Entfernung ist bei der Krankenhauswahl also weniger wichtig als die Versorgungsqualität. Die Politik tut sich da schwerer. Sie ruft die Qualitäts-offensive aus, braucht aber sieben Monate für ein mal mehr, mal weniger verbindliches Eckpunktepapier zur Krankenhausreform. Dabei zeigen die Deutsche Krebsgesellschaft und ihre zertifizierten Zentren tagtäglich, wie das geht mit der Qualität. Es braucht daher nicht viel Mut, endlich dem Weg zu folgen, den die Patienten schon längst gewiesen haben. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ GBA vergibt erstmals Höchstnote beim Zusatznutzen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat erstmals einem neuen Medikament im Rahmen der **frühen Nutzenbewertung** einen erheblichen Zusatznutzen attestiert und es somit in die oberste Zusatznutzenkategorie einsortiert. Das Medikament heißt Hemangirol, der enthaltene Wirkstoff Propanolol. Es kann Wucherungen der Blutgefäße bei Säuglingen verhindern oder sogar heilen. Seit vier Jahren nimmt der GBA die frühen Nutzenbewertung nun vor und hat bereits rund 100 Präparate bewertet. Derweil hat sich der Bundesrat für eine Reform der Überprüfungen, genauer: für eine Änderung der oft strittigen zweckmäßigen Vergleichstherapie stark gemacht. Bislang schreibt Paragraph 35, Absatz 7 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) vor, dass der GBA vor einer Phase-III-Studie unter Beteiligung der Zulassungsbehörden die Hersteller berät. Der Bundesrat will, dass die Vergleichstherapie im Einvernehmen zwischen dem Bundesausschuss, dem **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)** und dem Paul-Ehrlich-Institut festgelegt wird.

Infos: www.g-ba.de

■ Krankschreibung bleibt so, wie sie ist

Die Bundesregierung sieht keinen Grund, die Regeln für Krankschreibungen zu verändern. Mit dieser Aussage hat das zuständige **Bundesarbeitsministerium** auf den Vorschlag eines Magdeburger Forscherteams reagiert, Arbeitnehmern zu ermöglichen, sich künftig sieben statt nur drei Tage ohne Attest krank zu melden. Die Forscher argumentierten, die Zahl der Arztbesuche sei in Deutschland auch deswegen besonders hoch, weil man spätestens ab dem vierten Tag eine Krankschreibung vorweisen müsse. In anderen Ländern, etwa Norwegen, könne man sich länger krank melden, ohne einen Arzt konsultieren zu müssen. Eine Vergleichsanalyse habe ergeben, dass dort die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte deutlich geringer sei. In Norwegen sei seit Einführung der liberalen Regelung die Zahl der Fehltage sogar rückläufig, so die Forscher. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn, zeigte sich aufgeschlossen für den Vorschlag der Magdeburger Forscher. Jeder kluge Vorschlag, die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren, solle ergebnisoffen geprüft werden. Die **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)** und der Unions-Fraktionsvize Michael Fuchs lehnten den Vorschlag hingegen ab. Laut BDA haben sich die deutschen Regelungen bewährt. Fuchs sagte: „Es muss für Unternehmer die Möglichkeit geben, Krankschreibungen zu überprüfen. Sonst ist ein Missbrauch nicht ausgeschlossen.“ Der AOK-Bundesverband sieht die Gefahr verschleppter Krankheiten: „Für den Gang zum Arzt sprechen zuerst medizinische Gründe. Wer krankheitsbedingt ausfällt, sollte sich doch spätestens nach drei Tagen einmal vom Arzt durchchecken lassen“, so ein Sprecher.

Infos: www.uni-magdeburg.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ **BMG: CETA und TTIP bringen keine Verschlechterungen für Apotheker**

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die in Deutschland geltenden Regelungen zum Apothekenrecht durch geplante Freihandelsabkommen aufgeweicht werden. Das hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in einem Schreiben an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) erklärt. Die ABDA hatte sich in einem Brief an das BMG besorgt gezeigt. Das geplante CETA-Abkommen mit Kanada enthalte bereits zahlreiche Vorbehalte gegen Änderungen im Apothekenbereich, die für die EU oder speziell für Deutschland gelten, so das BMG. Am Mehrbesitzverbot, Fremdbesitzverbot oder beschränkten Versandhandel werde nicht gerührt. Ähnlich würde wohl auch das TTIP-Abkommen mit den USA ausgestaltet.

■ **MB: Mehr Medizin-Studienplätze und weniger Gewicht auf Abiturdurchschnitt**

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) setzt sich dafür ein, die Zahl der Medizin-Studienplätze um mindestens zehn Prozent zu erhöhen. Außerdem sei zu überprüfen, ob der aktuelle Numerus clausus sinnvoll sei. Es sei „keine Evidenz bekannt, dass sie der einzige verlässliche und objektive Indikator für den Studienerfolg ist“, heißt es in einem Positionspapier des MB. Derzeit werden jedes Jahr rund 10.600 Menschen zum Medizinstudium zugelassen. Es bewerben sich ungefähr fünfmal so viele. „Mit den heutigen Kapazitäten, die weitgehend denen vor 25 Jahren entsprechen, wird sich das Niveau der ärztlichen Versorgung nicht aufrechterhalten lassen, wenn in zehn Jahren die erste Ruhestandswelle auf uns zukommt“, erklärte Dr. Andreas Botzlar, Zweiter Vorsitzender des MB.

Infos: www.marburger-bund.de

■ **AIDS-Hilfe fordert Zulassung von HIV-Medikament zum Schutz vor Ansteckung**

Das Medikament Truvada zur Behandlung HIV-infizierter Patienten kann nicht infizierte Menschen vor Ansteckung schützen. Das belegen laut Deutscher Aidshilfe zwei neue Studien. Truvada solle deshalb wie in den USA zur sogenannten **Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)** zugelassen werden, fordert die Aidshilfe. Die **PROUD-Studie** hat untersucht, wie gut das Medikament bei dauerhafter Einnahme vor einer HIV-Infektion schützt. Die **IPERGAY-Studie** hat die anlassbezogene Einnahme für einige Tage getestet. Beide Studien belegen eine Schutzwirkung bei schwulen Männern mit hohem HIV-Risiko von mindestens 86 Prozent. Truvada könne Kondome zwar nicht grundsätzlich ersetzen, helfe aber vor allem homosexuellen Männern, denen es aufgrund ihrer Lebensumstände schwerfällt, sich mit Kondomen zu schützen, so Ulf Hentschke-Kristal vom Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe.

Infos: www.aidshilfe.de

Vorschau

G+G | 03/2015

Gesundheit und Gesellschaft

Zwischen Hörsaal und Krankenbett

Mehr aus Büchern büffeln oder öfter Patienten sehen – Modellprojekte sollen das testen, während sich Politik und Verbände über den besten Weg zur Approbation streiten. Florian Staeck beschreibt Curricula und Reformdebatten.

Interview: „Wie Tarzan im Medizin-Dschungel“

Vielen galt Andreas Köhler als Energiebündel und Kämpfernatur. 16 Stunden täglich, tritt er als Ex-Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für höhere Honorare und den freien Arztberuf. Im Herbst 2013 dann ein Herzinfarkt. Was er seither als Patient erlebt hat, erzählt Köhler im G+G-Gespräch.

Onkologische Versorgung: Zur Top-Therapie ins zertifizierte Zentrum

Schwarz-Rot will die Krankenhäuser auf mehr Qualität trimmen und stärker auf zertifizierte Zentren setzen. Nicht mehr jede Klinik soll alles machen. Bei Brust- und Darmkrebs funktioniert das schon heute schon. Wie? Das schildern Simone Wesselmann, Carina Mostert, Johannes Bruns und Jürgen Malzahn.

GKV-Finanzentwicklung – 1. bis 4. Quartal 2014*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	3,9	2,7	5,8	4,8	4,1
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	3,5	3,7	3,4	4,4	1,8
Zahnersatz	2,6	3,1	2,1	4,9	1,8
Arzneimittel	9,0	8,9	10,5	12,2	8,3
Hilfsmittel	8,2	9,5	6,9	9,6	7,6
Heilmittel	6,2	7,7	6,5	0,2	5,6
Krankenhausbehandlung	3,9	3,3	4,5	6,0	4,2
Krankengeld	8,2	10,1	8,3	8,1	7,2
Fahrtkosten	3,1	2,4	4,0	4,9	3,8
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	3,0	4,0	1,2	3,4	3,3
Früherkennungsmaßnahmen	5,3	4,7	4,0	0,0	7,2
Häusliche Krankenpflege	10,2	8,7	12,4	15,1	11,6
Ausgaben für Leistungen insgesamt	5,2	4,8	6,0	6,9	5,2

Erstmals seit 2010 verzeichnete GKV 2014 wieder ein Defizit. Einnahmen von 204,1 Milliarden Euro standen Ausgaben von 205,3 Milliarden Euro gegenüber. Das Minus gehe zum Großteil auf Prämienzahlungen (711 Millionen Euro) und freiwillige Satzungsleistungen (313 Millionen Euro) der Krankenkassen zurück, so das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Gleichzeitig hatte die Große Koalition den Zuschuss zum Gesundheitsfonds um 3,5 Milliarden Euro gekürzt.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Quelle: KV 45, BMG)

Infos: www.aok-bv.de

NAV-Virchow-Bund tritt SpiFa bei

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) ist seit März Mitglied im **Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa)**. Nachdem der Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes einstimmig die Aufnahme beantragt hatte, bestätigte nun die Mitgliederversammlung des SpiFa die assoziierte Mitgliedschaft. „Wir unterstützen damit eine geschlossene Vertretung der Fachärzte gegenüber Politik und Kassen“, begründete der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, den Schritt. „Als fachübergreifender Verband schlagen wir damit eine Brücke zwischen Haus- und Fachärzten bei der wohnortnahen Grundversorgung.“ Die unsägliche Trennung von Haus- und Fachärzten müsse ein Ende haben, betonte Heinrich.

Infos: www.nav-virchowbund.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Krankenhaus-Report 2015: Ein Plädoyer für mehr Qualität

Für den Gesundheitsökonom und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2015, Prof. Dr. Jürgen Wasem, ist der qualitätsorientierte Umbau das wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben dieser Legislaturperiode. Der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, fordert dabei mehr Stringenz und Verbindlichkeit. Heute dürfe sich jede Klinik Zentrum nennen – ganz unabhängig davon, welche Qualität sie liefere. Wie der Strukturumbau funktionieren könnte, zeigt der Krankenhaus-Report 2015.

In zahlreichen Beiträgen plädieren renommierte Experten aus dem Gesundheitswesen nachdrücklich dafür, vom geltenden Prinzip „Alle machen alles“ wegzukommen. Stattdessen soll sich die Versorgung auf besonders qualifizierte Zentren konzentrieren, wo Ärzte mehrerer Fachrichtungen mit Spezialisten für seltene und komplexe Behandlungen zusammenarbeiten.

» Krebszentren mit Zertifikat als Musterbeispiel

Eine Vorbildfunktion können hier die bereits existierenden Krebszentren einnehmen. Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet Kliniken die Möglichkeit, sich freiwillig als spezialisiertes Zentrum zertifizieren zu lassen. Grundlage dafür sind die evidenzbasierten Leitlinien Onkologie, die quantitative und qualitative Vorgaben enthalten. Um ein Zertifikat zu bekommen, müssen Kliniken diese Anforderungen erfüllen. So muss etwa eine Einrichtung, die ein Brustkrebszentrum werden will, jährlich 50 Eingriffe pro Operateur nachweisen. Charakteristisch für ein Zentrum ist außerdem die Behandlung aus einer Hand. Das heißt: Dort arbeiten mehrere Fachdisziplinen und Professionen bei der Versorgung von Krebskranken zusammen. Die Zertifizierung müssen Kliniken jedes Jahr neu beantragen. Ein Viertel der Bewerber werde zum Verfahren in der Regel gar nicht erst zugelassen, weil sie die entsprechenden Qualitätsanforderungen nicht erfüllten, erläutert Dr. Simone Wesselmann. Sie leitet bei der Deutschen Krebsgesellschaft den Bereich Zertifizierung. Auch würden Zertifizierungen entzogen. Die meisten zertifizierten Standorte in der Onkologie gibt es laut Wesselmann derzeit für Brustkrebs (335 Zentren) und Darmkrebs (272 Zentren).

» Vorteile für beide Seiten

Für AOK-Vorstand Deh sind die zertifizierten Krebszentren funktionierende Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Hier hätten die Beteiligten durch freiwilliges Engagement bereits ein gutes Stück des Weges zurückgelegt. Würde man diesen Ansatz konsequent weiterverfolgen und nur die zertifizierten Zentren für die Behandlung planbarer und hochkomplexer Krankheiten vorsehen, hätten Patienten, aber auch Kliniken davon einen Nutzen, ist Deh überzeugt. Das bestätigt die Zertifizierungsexpertin der Deutschen Krebsgesellschaft. „Die Überlebensrate von

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Patientinnen, die in von uns zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, liegt nach vier Jahren bei 90 Prozent. Bei Behandlungen außerhalb zertifizierter Zentren sind es dagegen nur 83 Prozent“, sagt Wesselmann. Ähnliche Erfahrungen gebe es in Zentren, die sich um Prostatapatienten kümmern. So funktioniere die Behandlung von Inkontinenz an zertifizierten Zentren häufiger als anderswo. Auch für behandelnde Einrichtungen ergäben sich Vorteile. „Durch jährliche Kontrollen bekommen die Kliniken Transparenz über ihre Behandlungsergebnisse,“ erläutert Wesselmann. Die Kliniken nutzten die Zertifizierung, um ihre Behandlungsqualität zu verbessern. Das Zertifikat der Krebsgesellschaft helfe außerdem den Patienten, sich in einer komplexen Versorgungslandschaft zu orientieren.

» Patienten sind längst viel weiter als mancher anderer Akteur

Für Patienten spielt die Qualität der Behandlung eine immer wichtigere Rolle. Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im aktuellen Krankenhaus-Report zeigt, dass Patienten bereit sind, für gute Behandlungsqualität weitere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. So ließen sich 63 Prozent der AOK-Patientinnen in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandeln, obwohl andere Kliniken näher gewesen wären. Bei Darmkrebs waren es 55 Prozent. „Die Entfernung vom Wohnort ist für die Patienten nur ein Kriterium bei der Krankenhauswahl, die erwartete Versorgungsqualität ist häufig wichtiger“, schlussfolgert Jörg Friedrich, Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im WIdO. Bei zertifizierten Brustkrebszentren sei die Verteilung bereits gut: „79 Prozent aller Patientinnen werden heute schon an zertifizierten Zentren behandelt. Wenn alle Betroffenen in diesen Zentren behandelt werden sollten, würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg lediglich von 14 auf 22 Kilometer erhöhen“, so Friedrich. Bei der Entscheidung für mehr Konzentration sei dieser Nachteil gegen den Qualitätsvorteil der Zentrumsbehandlung abzuwägen. Das sei aber letztlich originäre Aufgabe der Politik, so der Krankenhausexperte Friedrich. „Es mangelt in Deutschland nicht an engagierten Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern. Es mangelt an einheitlichen Rahmenbedingungen, die helfen, Gutes vor Schlechtem zu schützen“, ergänzt der AOK-Vorstand Deh.

» Instrument für effizienten Mitteleinsatz

Spezialisierung und Zentralisierung seien auch wichtige Mittel, um die Kosten im Griff zu halten, sagt der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Für eine Fachabteilung müsse eine Klinik technische Ausstattung und Fachpersonal vorhalten. Wenn jedes Krankenhaus für alles eine Fachabteilung unterhalte, werde es für das System umso teurer. Dagegen arbeiteten Spezialisten effizienter: „Die Logik der Fallpauschalen ist: Je höher die Zahl der Behandlungen, desto billiger wird der einzelne Fall.“ Die Konzentration der Versorgung würde also dafür sorgen, dass die Ausgaben für Krankenhäuser weniger schnell stiegen. Es sei allerdings illusorisch zu glauben, dass die Kosten dadurch sogar sanken, so Wasem.

Infos: www.wido.de