

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PERSONALISIERTE MEDIZIN Segen oder Hype | KLINISCHES KREBSREGISTER | ÄRZTEHONORAR 29,7 Millionen Euro mehr | PFLEGEPAKT Bilanz nach 18 Monaten

THÜRINGEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JULI 2014

POTENTIALE

Wenn sich Krankheitsverständnis weiter verändert



FOTO: peshkova - Fotolia.com

Mit dieser Ausgabe erhalten Sie einen ersatzkasse report., der sich den Herausforderungen der sogenannten personalisierten Medizin stellt. Dabei haben wir uns durch zahlreiche Gespräche und Veröffentlichungen inspirieren lassen, uns diesem zukunftsweisenden hochkomplexen Fachthema zu widmen. Seitdem das humane Genom erstmals im Jahr 2003 vollständig gelesen wurde, hat sich die Analyse des Erbguts zu einem wichtigen diagnostischen Instrument mit heute noch unüberschaubaren Potentialen entwickelt. Der vdek stellt sich den Herausforderungen. Jetzt gilt es, die Konsequenzen dieses Therapieansatzes für die Versorgung in den Blick zu nehmen und die Chancen, die Veränderungen und auch die Risiken zu benennen. Die Positionierung der Ersatzkassen können Sie in unserer Broschüre ausführlich nachlesen und die Broschüre natürlich auch bestellen.

POSITIONEN

Personalisierte Medizin: Chancen und Risiken

Was ist personalisierte Medizin? Was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Ist es wirklich etwas Neues, Revolutionäres auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung? Kann die personalisierte Medizin die medizinische Versorgung – und in welcher Form – wirklich immens verbessern oder ist es einfach nur ein neues Modewort für Althergebrachtes? Wer partizipiert, wer investiert, wer profitiert von der personalisierten Medizin?

Der Eindruck, personalisierte Medizin sei etwas völlig Neues, entsteht in vielen Beiträgen und Diskussionen. Das ist jedoch nicht der Fall. Vereinfacht dargestellt verbirgt sich hinter dem Begriff der „personalisierten Medizin“ ein Konzept, welches den Patienten durch eine individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie besser und schneller helfen soll als bisher. Auch wenn dieser Ansatz kein grundsätzlich neues Konzept in der Medizin darstellt, gehen damit einige neue Herausforderungen für das gesamte Gesundheitssystem einher.

Zielgerichtete Therapien

In der medizinischen Behandlung ist personalisierte Medizin im Wesentlichen eine zielgerichtete Therapie. Patienten können zum einen aufgrund bestimmter biologischer Merkmale in Gruppen unterteilt und sollen künftig mit solchen Therapien behandelt werden, die für sie

konkret geeignet sind. Beispielsweise ist es ein Ziel, Arzneimittel möglichst zielgerichtet einzusetzen und eine hohe Wirkung zu erzielen. Im Konkreten heißt das: In einem ersten Schritt müssen die individuellen genetischen Eigenschaften eines Patienten festgestellt werden. Danach wird die Behandlung festgelegt.

Diese Form der personalisierten Medizin kommt heute unter anderem in der Krebsterapie zum Einsatz.

Die Sicht der Medien

Vor allem schwerkranke (Krebs-)Patienten verbinden ihre ganze Hoffnung mit den oftmals durch die Medien suggerierten Heilungschancen durch personalisierte Medizin.

Spätestens beim Googeln im Internet wird offensichtlich: Wissenschaftler, Pharmahersteller, Politiker, Patienten und Vertreter der Krankenkassen ringen noch um ein gemeinsames Verständnis. Die in der Suchmaschine nachzulesenden



Segen oder Hype?

FOTO vdek



von
DR. ARNIM FINDELEE
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Thüringen

Diesmal haben wir uns mit der personalisierten Medizin einem spannenden Schwerpunktthema gewidmet. Es handelt sich um ein hochaktuelles Thema, das immer mehr die Schlagzeilen erobert und den medizinischen Laien zwischen den Bewertungen Fluch und Segen schwanken lässt. Oder ist es gar ein von der Industrie getriebener Hype?

Aus verschiedenen Perspektiven haben wir uns der komplexen Thematik genähert. Dabei steht jedoch unumstößlich fest: Der vdek bekennt sich zum Solidarprinzip und lehnt jede Form der Diskriminierung aufgrund genetischer Besonderheiten ab. Wir werden darauf bestehen, dass nur Medikamente und Verfahren den Weg in die Versorgung finden, deren Qualitätsgewinn für die Menschen gesichert ist.

Wissenschaftlich nicht gesicherte „direct to consumer“-Tests aus dem Internet sind eine Vorstellung, die einen erschauern lässt.

Die GKV sichert eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau, die allen Versicherten im Bedarfsfall offensteht. Dies schließt neue medizinische Entwicklungen ausdrücklich ein. Doch damit das so bleibt, müssen die positiv wirksamen Innovationen herausgefiltert werden. Der vdek wird den weiteren Forschungs- und Entwicklungsprozess aktiv begleiten – auch um nützliche Innovationen den Versicherten schnellstmöglich zur Verfügung zu stellen.



weit über eine Millionen Klicks lassen auf ein großes öffentliches Interesse und auf teilweise sehr unterschiedliche Gewichtungen schließen.

Bereits im Februar 2010 veröffentlicht der SPIEGEL einen Beitrag zur personalisierten Medizin. Die Autorin prophezeit, dass Forscher der Vision einer personalisierten Krebstherapie ein ganzes Stück näher gekommen seien. Diese hatten einen Bluttest entwickelt, der winzige Rückstände von bösartigen Zellen aufspürt. Im Artikel geht es vorwiegend um die richtige Krebstherapie, welche anhand einer Erbgutanalyse Rückschlüsse auf eine individuelle Chemotherapie ermöglicht.

Das alles klingt äußerst positiv: Bevor ein Krebspatient therapiert wird, liefert eine Erbgutanalyse ein detailliertes genetisches Profil des Tumors. Letztendlich wäre damit ein maßgeschneidertes Medikament möglich. Patienten könnten durch eine individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie Heilung erfahren. Allerdings stehen diese individuell abgestimmten Medikamente und Therapien der personalisierten Medizin zurzeit nur sehr wenigen Patienten mit Krebs zur Verfügung.

Die Sicht des Ethik-Rats

Der Deutsche Ethikrat, der sich in 2012 mit der personalisierten Medizin auseinandersetzt, stellt den Patienten in den Vordergrund der Diskussion. Letztlich sollen diejenigen vom Fortschritt der Medizin profitieren, die krank sind oder zu erkranken drohen, die leiden und Hilfe erwarten, die von Fachwissen und Heilkunst abhängig sind, die ihre Daten und Privatsphäre geschützt wissen, ihre Integrität bewahren und sich auf Teilhabe am Fortschritt und eine solidarische Gesellschaft verlassen. Für den Deutschen Ethikrat geht es um Selbstbestimmung, Fürsorge und Gerechtigkeit – es geht um Menschen und ihre Gesundheit. Doch auch der Ethikrat stellt fest: Die Idee einer personalisierten Medizin ist nicht unumstritten. Von daher sei zu fragen, welchen Nutzen sie dem Patienten bringt und welche Pflichten für Patient und Arzt



GRAFIK vdek

damit verbunden sind, wie sich die personalisierte Medizin voraussichtlich auf die Gesundheitskosten und wie sich diese auf das Solidarsystem der Krankenversicherung auswirken. De facto müssen die sehr teuren Therapien für wenige Patienten von der Solidargemeinschaft getragen werden.

Die Sicht der Ersatzkassen

Wir wollen der Sache auf den Grund gehen. Deshalb beschäftigen wir uns in unserer Ausgabe Nummer 2 des ersatzkasse report. mit einer vereinfachten Darstellung dieser hochkomplexen Materie und ihrer hohen Relevanz. Letztendlich ergibt sich aus der personalisierten Medizin eine zunehmende Verantwortung für die Gesetzliche Krankenversicherung und vor allem für deren Versicherte. Aus unserer Sicht ist es wichtig, eine begriffliche und inhaltliche Präzisierung der personalisierten Medizin vorzunehmen.

Von Biomarkern und Genen

Mit personalisierter Medizin werden in der Regel medizinische Konzepte verbunden, die sich an besonderen biologischen Merkmalen, den sogenannten Biomarkern orientieren. Biomarker im Zusammenhang mit der personalisierten Medizin sind Merkmale von Zellen, von Molekülen und von Genen. Gene können beispielsweise darüber entscheiden, ob sich eine Zelle unkontrolliert teilt, was dann zum Krebs führt. Es stellt eine große Herausforderung dar, zuverlässige Biomarker zu finden. Die Forschung

unterscheidet zwischen Biomarkern, die reine diagnostische Krankheitsrisiken definieren und solchen, die der Optimierung von therapeutischen Interventionen dienen. Für beide Fälle muss gelten: die Biomarker müssen verlässlich sein. Weder dürfen sie Menschen unnötig verunsichern noch in falscher Sicherheit wiegen. Sofern medikamentöse Interventionen auf Biomarker ausgerichtet sind, muss der Zusammenhang zwischen Biomarker und dem Ansprechen auf ein bestimmtes Medikament durch Studien sicher belegt sein. Es ist zentrale Aufgabe dieser Forschungsrichtung, mit Hilfe von klinischen Studien eindeutig zu belegen, dass es einen plausiblen, starken, konsistenten und gleichgerichteten Zusammenhang zwischen einer Intervention und den für die Patienten relevanten messbaren Ergebnissen wie Mortalität, Morbidität und Lebensqualität gibt.

Die Rolle der solidarischen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet eine gesundheitliche Versorgung auf

hohem Niveau, die all ihren Versicherten bei Bedarf offen steht. Dies schließt neue medizinische Entwicklungen ausdrücklich mit ein. Doch gerade weil es sich hier um Potentiale handelt, die die medizinische Behandlung gravierend verändern können, muss eine offene Diskussion um das FÜR und WIDER geführt werden. Die personalisierte Medizin hat eine wachsende Bedeutung auf unterschiedlichen medizinischen Gebieten, beispielsweise bei der Therapieentscheidung, bei der Krankheitsprognose und der Identifizierung von genetischen Krankheitsrisiken. Am Ende kann dies auch Fragen der Leistungszuständigkeit und damit verbundenen Kosten nach sich ziehen.

Selbst wenn die personalisierte Medizin heute hauptsächlich in der Onkologie zum Einsatz kommt, darf bei aller Konzentration auf diesen Bereich der gesamte Versorgungsbedarf der GKV nicht aus dem Blick geraten. Vor dem Hintergrund ist es wichtig, sich mit der tatsächlichen Forschungs- und Versorgungspraxis der personalisierten Medizin zu befassen. In Zukunft könnte personalisierte Medizin vielleicht auch dazu beitragen, die

molekularen und genetischen Ursachen von Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck etc. besser zu verstehen und mit individuellen genaueren Therapien zu helfen.

Ein Ausblick

Eine maßgeschneiderte Therapie – so wie heute in der Öffentlichkeit suggeriert – wird es für die Mehrzahl der Patienten auch in den nächsten Jahren nicht geben. Was es aber teilweise gibt, sind Therapiestrategien, zum Beispiel bei der Behandlung von einzelnen, speziellen Tumorerkrankungen, die anhand der genetischen Merkmale von Tumorzellen wichtige Informationen für die Therapieplanung und ebenso die Prognose der Patienten ergeben.

Und auch, wenn über die personalisierte Medizin vorwiegend Positives berichtet wird, bleiben viele unbeantwortete Fragen: Dazu zählt die Translation, das heißt hier die Übersetzung von Ergebnissen aus der experimentellen Forschung in wirksame klinische Therapien mit nachgewiesenem Nutzen für die Patienten. Auch die Kostenfrage für das Gesundheitssystem muss gelöst werden. Und nicht zuletzt müssen wir uns ebenso den Fragen stellen: Wie soll die Medizin das gewonnene Wissen und die Informationen, die uns die neuen (Test-)Verfahren ermöglichen, überhaupt nutzen? Oder ist sie vielleicht sogar geradezu verpflichtet, die neuen Informationen zu nutzen? Die Zukunft wird es zeigen.

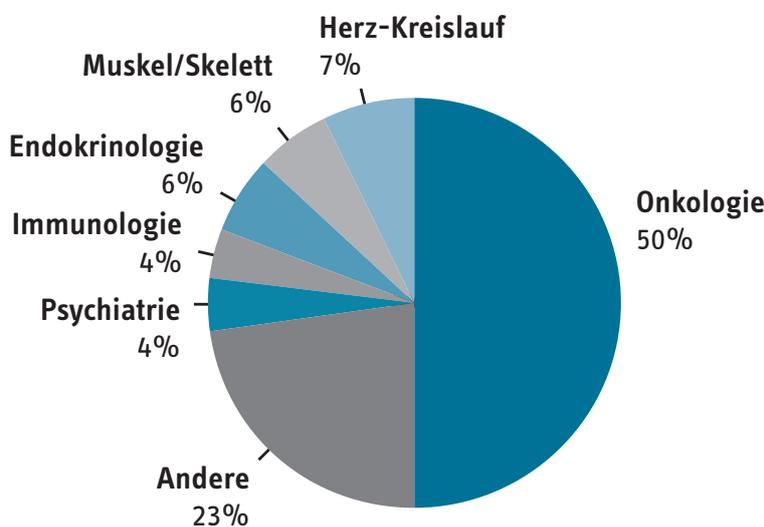
Unser Interview auf den folgenden Seiten

Anhand konkreter Beispiele lässt sich das, was personalisierte Medizin ist und was sie kann und nicht kann, eher erklären. Gerade aus diesem Grunde haben wir den Kontakt zu einem Spezialisten auf diesem Gebiet gesucht.

Professor Andreas Hochhaus ist Arzt am Universitätsklinikum in Jena (UKJ). Er ist Direktor der Abteilung Hämatologie und Internistische Onkologie und des UniversitätsTumorCentrums (UTC) am UKJ. ■

Onkologie ist Vorreiter in der Verwendung von Biomarkern

-> Die Hälfte aller Studien mit Biomarkern-Verwendung stammt aus der Onkologie



GRAFIK: vdrk; Quelle: www.klinikaltrais.gov; BiG-Analyse; Anmerkung: nur Industrie gesponserte Wirkstoffgruppe aus der www.klinikaltrais.gov (ca. 30.000 Studien seit 1970 bis Februar 2011)

Onkologie als Vorreiter für Biomarker-basierte Therapiestrategien

Zur Person: Professor Andreas Hochhaus ist Vorstandsvorsitzender der Thüringischen Krebsgesellschaft. Der stetige Umgang mit Patienten und sein medizinisches Fachwissen prägen unser Gespräch über personalisierte Medizin.

Der Begriff der personalisierten Medizin ist aus Sicht von Professor Hochhaus eher missverständlich. Es geht nicht darum, für jeden Menschen nach einer eigenen Therapie zu suchen. Eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapie war schon immer Pflicht dem Patienten gegenüber. Als Arzt behandelt er die Person immer als Individuum. Dabei werden dessen Alter, Organfunktionen und Begleiterkrankungen, und darüber hinaus auch dessen Lebenssituation, soziales Umfeld und natürlich individu-

»Die personalisierte Medizin ist keine Mogelpackung, sondern eher die Zukunft.«

elle Wünsche berücksichtigt. Dieses Wissen fließt am Ende in eine auf den Patienten fokussierte Therapie und Begleitung ein. Aus dieser Sicht ist personalisierte Medizin eigentlich nichts Neues.

Von Therapien für Individuen und für Patientengruppen

Ansatz der personalisierten Medizin ist es, mit Hilfe von genetischen Markern die Biologie von Erkrankungen genauer zu bestimmen und medizinisch relevante Patientengruppen zu bilden. Diese Patientengruppen erhalten eine individuelle Therapie. Letzten Endes handelt es sich um eine Stratifizierung (=Schichtung) von Patientengruppen anhand von genetischen Befunden. Der Begriff der „stratifizierten“ Medizin wäre demzufolge treffender. Es geht darum,

größere Patientenkollektive in kleinere Subgruppen mit individuellen Behandlungsregimen zu unterteilen.

Onkologie als Vorreiter für Biomarker-basierte Therapiestrategien

In der personalisierten Medizin sieht er keine Mogelpackung, sondern eher die Zukunft. Davon ist er überzeugt. Die Stratifizierung im Hinblick auf bestimmte Merkmale ist gelebte Praxis in der medizinischen Forschung und Versorgung. So wird bei der Anwendung von Medikamenten längst hinsichtlich des Gewichts, des Alters oder teilweise auch des Geschlechts stratifiziert. Die Stratifizierung im Hinblick auf Biomarker ist hingegen neu. Als Modell müsste hier die Behandlung der chronischen myeloischen Leukämie (CML) mit dem Wirkstoff Imatinib genannt werden. Dazu erläutert Professor Hochhaus, wie mit Hilfe von Zytogenetik (Analyse von Chromosomen) und Molekularbiologie erfolgreiche Therapiestrategien für die CML entwickelt wurden.

Der CML liegt eine spezifische Genmutation zugrunde, die als genetische Veränderung bei einer Tumorerkrankung bereits 1960 beschrieben wurde. Die mutierten Zellen produzieren ein Protein, das letztlich zur unkontrollierten Vermehrung von weißen Blutkörperchen führt und eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer CML spielt. Patienten, bei denen diese spezifische Genmutation nachgewiesen wird, bekommen heute das Präparat Imatinib (Glivec) oder eine Nachfolgesubstanz. Dieses Medikament gehört zu den Arzneimitteln, die für eine spezifische

„Biomarker-positive“ Gruppe von Patienten mit einer Erkrankung wirksam sind und bei denen es eines vorgeschalteten Biomarkertests bedarf, um sie zu identifizieren.

Neben meist sehr guten Behandlungsergebnissen mit Imatinib gibt es allerdings auch hier einen Wermutstropfen. Nicht bei allen CML-Patienten wirken die neuen Mittel. Bei einigen verändern sich die Proteine im Lauf der Behandlung so, dass die Krebszellen gegen die Medikamente unempfindlich werden. Spätestens hier stellt sich die Frage nach dem Stellenwert von Biomarkern als Kriterium zum Nutzen der Patienten. Biomarker sollen dazu beitragen, Patientengruppen zu identifizieren, die von einem Arzneimittel profitieren. Dabei muss zum einen der Biomarker gut und verlässlich nachweisbar sein. Zum anderen muss er auch in einer Form vorliegen, die für die Krebsentstehung entscheidend ist. Natürlich muss der Wirksamkeitsnachweis der Biomarker in klinischen Studien in Bezug auf Morbidität, Mortalität und vor allem Lebensqualität gegeben sein.

Eine solche Erfolgsgeschichte einer Biomarker-basierten Behandlungsstrategie, wie bei der CML, ist auch in der Onkologie bisher noch die Ausnahme. Allgemein hat das bessere Verständnis der Tumorbio-logie bei einigen Krebserkrankungen Fortschritte in der Behandlung gebracht. Der erhoffte Durchbruch durch die personalisierte Medizin ist bisher ausgeblieben. Dabei liegt das Problem nicht nur bei den Biomarkern. Vielmehr werden bessere Methoden gebraucht, um die teilweise enorme Komplexität der genetischen Veränderungen in Krebszellen zu erkennen und um diese zu deuten. Tumore innerhalb eines

Organe können genetisch betrachtet durchaus verschieden sein. Jeder Krebs hat sozusagen seinen eigenen Stammbaum. Wichtig sind deshalb die verschiedenen genetischen Eigenschaften der Tumore. Die Biomarkerdiagnostik umfasst nicht nur das Auslesen des genetischen Codes, sondern viele Möglichkeiten zur Charakteristik individueller Besonderheiten.

Personalisierte Medizin aus Sicht des Onkologen

Momentan wird die personalisierte Medizin und deren Diagnostik und Therapie hauptsächlich an Universitätskliniken angewendet. Das Screening der Gene eines Patienten oder die Untersuchung anderer Biomarker, wie Eiweiße und Stoffwechselprodukte, kann wegen der Seltenheit der individuellen Befunde und auch aus Kostengründen nicht an jeder Klinik oder in jedem Labor durchgeführt werden. Eine exakte molekulare Typisierung ist jedoch Voraussetzung für eine zielgerichtete Therapie. Offen und viel diskutiert bleibt die Frage, wie die Diagnostik der personalisierten Medizin künftig organisiert und finanziert wird.

Im Bereich der soliden Tumoren gibt es gravierende Veränderungen und Erfolge durch den Einsatz der stratifizierten Therapie. Der Einsatz einer zielgerichteten Therapie und/oder der systemischen Chemotherapie richtet sich beim Kolonkarzinom und beim nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom heute nach bestimmten molekulargenetischen Markern (EGFR-, RAS, BRAF, ALK-Mutationen). Dies ist keine Zukunftsperspektive, sondern nach den gültigen Leitlinien klinische Realität, deren Missachtung fatale Konsequenzen für die behandelten Patienten haben könnte.

Verbesserungen eher in kleinen Schritten

Am Universitätsklinikum Jena (UKJ) besteht ein Konsultationszentrum zur Beratung von Patienten mit CML. Die CML stellt heute eine Modellerkrankung für Diagnostik und Therapie für viele



IM GESPRÄCH mit Prof. Andreas Hochhaus, Direktor der Abteilung Hämatologie und Internistische Onkologie und des UniversitätsTumorCentrums (UTC) am UKJ

Krebserkrankungen dar. Am UKJ fließen die Forschungserkenntnisse aus dem eigenen Labor direkt in die Therapie der CML-Patienten ein. Insbesondere werden klinische Studien angeboten, die sowohl diagnostische als auch therapeutische Fragen beantworten sollen und gleichzeitig die Möglichkeit zur bestmöglichen Therapie der CML bieten.

Laut Professor Hochhaus belegen klinische Studien die deutlichsten Verbesserungen hinsichtlich Mortalität, Morbidität und Lebensqualität insbesondere bei kranken Kindern mit Lymphomen und Leukämie. Hier gibt es bisher nur wenige Arzneimittel mit echten Zulassungen.

Für die meisten Krebserkrankungen wurden spürbare Verbesserungen bisher eher in kleinen Schritten erzielt. Darum muss, auch mit Blick auf moderne Therapeutika, die Diagnostik stark vorangetrieben werden. Positive Entwicklungen, wie bei speziellen Formen des Lungenkrebses, müssen letztendlich in allen Bereichen möglich sein.

Professor Hochhaus fordert nicht zuletzt bundesweit ein gegliedertes Onkologiesystem, in welchem alle maßgeblichen Akteure mitwirken. Hier sollten Patienten mit seltenen Krebskrankheiten

Spezialisten vorgestellt und über Therapien gemeinsam abgestimmt werden.

Klinische Behandlung gut abgestimmt

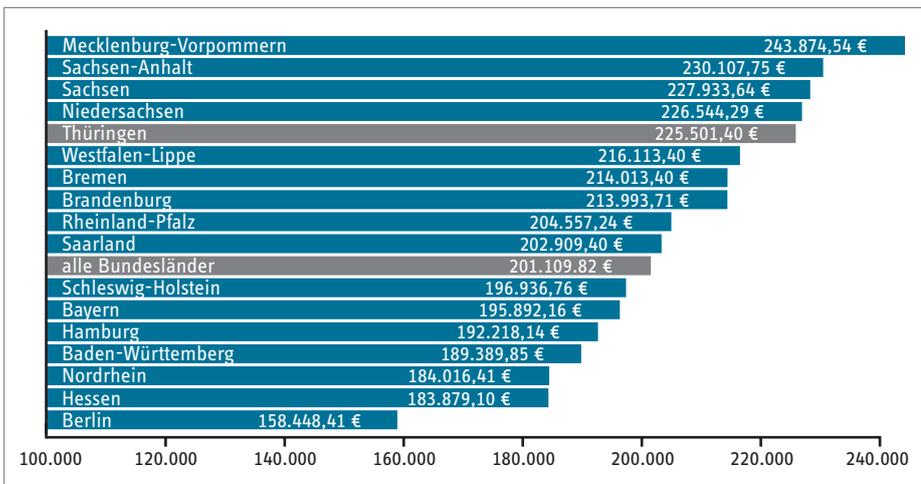
Unter dem Dach des UniversitätsTumorCentrums in Jena arbeiten alle Spezialisten eng zusammen. Dazu zählen 16 Kliniken und Fachabteilungen, sieben Institute sowie fünf Organkrebszentren: das interdisziplinäre Brust-, das gynäkologische Tumor-, das Hauttumor-, das Prostatakrebs- und das Darmkrebszentrum. Jährlich werden hier über 30.000 Menschen/Patienten mit Tumorerkrankungen behandelt.

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlungen sind die gemeinsamen interdisziplinären Tumorkonferenzen, bei denen wöchentlich die neuen Patienten mit Kolleginnen und Kollegen der unterschiedlichen Fachabteilungen, Kliniken und Institute besprochen werden. An diesen Konferenzen können auch externe Ärzte teilnehmen. Gerade dieser enge Austausch hilft, bestehende Angebote und Strukturen zwischen allen an der Behandlung Beteiligten eng und ohne Reibungsverluste zu besprechen. Dies ermöglicht optimale Diagnose- und Therapiepläne und ist für die oft lange Behandlung der Patienten enorm wichtig. ■

29,7 Millionen Euro mehr für Thüringer Ärzte

Manchmal ist es eben so. Trotz konstruktiver Gespräche zwischen den Verhandlern wird am Ende dennoch kein gemeinsames Ergebnis gefunden. Das Schiedsamt wird angerufen. Nun erhalten Ärzte mehr Honorar.

GRAPHIK: Vödk, Quelle: Honorarbericht der KBV, 2012



DURCHSCHNITTLICHES HONORAR je Arzt im Bundesvergleich

Mit einer Steigerung von 4,012 Prozent stehen den Ärzten nun 29,7 Millionen Euro zusätzlich für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung. Im Detail stieg der Anteil des budgetierten ärztlichen Honorars um 26,6 Millionen Euro. Davon werden für förderungswürdige Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich 3,7 Millionen Euro bereitgestellt.

Insgesamt liegt das Finanzvolumen für die ärztliche Vergütung in Thüringen fast bei einer Milliarde Euro. Geld, welches endlich zu einer spürbaren Verbesserung in der ärztlichen und insbesondere der fachärztlichen Versorgung beitragen soll. Vor allem die erhebliche Diskrepanz zwischen den Honoraren für Haus- und für Fachärzte (Auszahlungsquote: 109,5 zu 74 Prozent) ist problematisch. Prospektiv erwarten die Ersatzkassen deshalb die Anpassung der Auszahlungsquoten zwischen diesen Bereichen. Dazu bedarf es sozusagen einer asymmetrischen Verteilung zukünftiger Honorarsteigerungen. Die Entscheidung des

Landesschiedsamtes zur Honorarsteigerung bei den Fachärzten hat dabei durchaus positive Aspekte. Dies schließt letztendlich eine Verteilung der Honorarsteigerungen nach dem Gießkannenprinzip aus.

Nun ist wieder die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen gefragt. Sie muss sich der Verteilungsproblematik des Finanzvolumens stellen.

Entwicklung der Gesamtvergütung

Die Vergütungsreform in 2009 brachte weitreichende Änderungen bei der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen. Die Gesamtvergütung stieg von 2007 bis 2012 von 665 Millionen Euro auf über 919 Millionen Euro an. Noch unberücksichtigt bleibt dabei die Honorarsteigerung von 6,99 Prozent der MGV aus 2013. Ein Blick in die Statistiken zeigt: Den Thüringer Ärzten geht es finanziell gut. Betrug das Ärztehonorar 2012 im Bundesdurchschnitt 201.000 Tausend Euro, erhielten Thüringer Ärzte 2012 ca. 225.000 Euro. ■

Männersache: Prostata-Krebs und die Prefere-Studie

Zur Behandlung des Prostatakrebses gibt es verschiedene Therapieansätze. Doch welche Behandlung ist die Beste? Eine über 17 Jahre dauernde Studie soll dabei klären helfen, welche Behandlungsmethode bei Prostatakrebs am besten geeignet ist. Für die Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms kommen hauptsächlich vier Therapieansätze in Frage:

1. die vollständige Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)
2. die Strahlentherapie von außen durch die Haut (perkutane Strahlentherapie)
3. die Bestrahlung durch dauerhaft platzierte, reiskorngroße Strahlenquellen (Seeds) innerhalb der Prostata (interstitielle Liw-Rate-Brachytherapie, LDRBT)
4. die aktive Beobachtung mit regelmäßigen medizinischen Kontrolluntersuchungen, bei denen eine Therapie mit den ersten drei Methoden erst bei einem erkennbaren Fortschreiten der Erkrankung beginnt (Active Surveillance)

Bislang gibt es nur für die Operationen den Nachweis aus einer randomisierten Studie, dass Operieren besser ist als Abwarten und Beobachten. Eine Studie, die alle unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten miteinander vergleicht, gab es noch nicht. An dieser beteiligen sich mehrere Kliniken aus allen Bundesländern, darunter auch drei Kliniken aus Thüringen. Weitergehende Informationen für Patienten und Ärzte unter www.prefere.de.

LÖSUNGEN GESUCHT

Klinisches Krebsregister – eine Ressource für mehr Qualität in der Krebsversorgung

Nach dem Krebsfrüherkennung- und –registergesetz (KFRG) ist jedes Bundesland zur Errichtung eines klinischen Krebsregisters verpflichtet. Erfasst werden Daten über die Krebserkrankungen, die Ärzte aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich aus allen Landkreisen und kreisfreien Städten melden. Damit liegen Informationen zum kompletten Krankheitsverlauf der Patienten im Register vor. Anhand der erhobenen Daten können Behandlungskonzepte überprüft, bewertet und hinterfragt werden. Langfristig kann sogar der Erfolg onkologischer medikamentöser Therapien anhand der Daten zur Ergebnisqualität überprüft werden. Regelungen zu den bisher bereits gesammelten Daten und zur Handhabung der noch laufenden Behandlungen fehlen jedoch noch immer!

Auch Thüringen steht vor dieser wichtigen Anpassung der bisherigen Struktur an das KFRG. Bei den fünf nach Versorgungsregionen strukturierten Tumorzentren ergaben sich in der praktischen Umsetzung ihrer Aufgaben Probleme. So lieferten nicht alle Krankenhäuser die Daten an ihre zugeordneten klinischen Krebsregister. Manche Kliniken leiteten sie an ein anderes klinisches Krebsregister im Land weiter. Auch Mehrfachdokumentationen infolge unterschiedlicher Behandlungen in verschiedenen Krankenhäusern erwiesen sich als problematisch.

Zukünftig wird es nur noch in den Ländern möglich sein, die klinischen Krebsregister zu fördern, die die Voraussetzungen nach dem KFRG erfüllen. Hier müssen u. a. die Mindestanforderungen an den Grad der Erfassung und an die Vollständigkeit der verschiedenen Datenkategorien sowie an die notwendigen Verfahren zur Datenvalidierung genannt werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist nur die Konzentration dieser Leistung in einem Klinischen Krebsregister für Thüringen zukunftsfähig. Mehrere Klinische Krebsregister würden den administrativen Aufwand erhöhen und den Gesamtüberblick erschweren. Damit wäre auch das bestehende Problem einer verbindlichen Zuordnung jedes Leistungserbringers zu einem bestimmten klinischen Krebsregisters in Thüringen gelöst. Zudem könnten die bisherige unterschiedliche Datenerfassung und damit einher gehende unterschiedliche Interpretationen der festgelegten Dokumentation/ Richtlinien durch die Konzentration in einer Hand vermieden werden. Letztendlich stellt sich die Frage, ob mehrere Krebsregister die Prüfung der Vollständigkeit ärztlicher Meldungen im Vergleich zum Registerstand nicht eher erschweren.

Fragen, die nun gemeinsam im Land gelöst werden müssen. Die Ersatzkassen haben ihre Überlegungen dargelegt. Nun muss gehandelt werden.

ZUKUNFT GESTALTEN

Thüringer Pflegepakt – Bilanz nach 18 Monaten

Seit November 2012 engagieren sich in Thüringen Politiker, Pflegeanbieter und Pflegekassen gemeinsam für bessere Rahmen- und Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege und verstärken die Personal- und Nachwuchsgewinnung. Welche konkreten Handlungsfelder dahinter stecken, kann im Thüringer Pflegepakt nachgelesen werden. Was aber ist in den 18 vergangenen Monaten alles geschehen?

Mehr Geld zur besseren Entlohnung der Pflegenden

Ein Kernpunkt des Pflegepaktes umfasst die schrittweise Erhöhung der Pflegevergütung. So soll den steigenden Personalkosten Rechnung getragen werden. Damit Dienste und Einrichtungen konkurrenzfähige Löhne und Gehälter zahlen und ihre Fachkräfte im Unternehmen halten können, werden Tariflöhne ausnahmslos im Verhandlungsgeschäft als wirtschaftlich angemessen akzeptiert. Einrichtungen, die im letzten Jahr zur Verhandlung aufgerufen haben, vereinbarten durchschnittlich eine Steigerung um knapp vier Prozent.

Werbung für den Pflegeberuf

Da Geld bekanntlich nicht alles ist, werben die Macher des Thüringer Pflegepaktes gemeinsam für die Berufsausübung in der Altenpflege. Eine breit angelegte Imagekampagne startet mit dem Motto „Pflege braucht Helden“. Sie läuft über zwei Jahre. Zudem sollen in allen größeren Städten Werbeträger platziert werden. Ebenso bietet eine Website www.pflege-braucht-helden.de Interessenten umfassende Informationen zum Berufsbild. Aber auch Werbetrailer sollen die Aktion unterstützen.

Zukunft gestalten

Über kurzfristig wirkende Maßnahmen hinaus legen die Partner des Pflegepaktes besonderes Augenmerk auf die strategische Ausgestaltung der Pflegelandschaft im Freistaat. Im Blick steht dabei der Aufbau von zukunftsfesten Strukturen. Unter der Überschrift „Wohnortnahe Pflege gestalten“ und „Demenz als pflegerische Herausforderung“ werden zwei Themenkomplexe in Arbeitsgruppen erarbeitet. Sie sollen tragfähige Konzepte vorzulegen, die eine hochwertige Pflege und positive öffentliche Wirkung in Thüringen sichern. Darüber hinaus wird derzeit darüber nachgedacht, einen Innovationspreis Pflege auszurichten.

BÜCHER

Im Mittelpunkt: der Patient

Ein Gesundheitssystem, in dem sich alles am größtmöglichen Patientenutzen orientiert – dies ist der brennende Reformansatz der beiden Autoren. Umfassende Qualitätsmessungen über möglichst viele Krankheitsbilder und für den Durchschnittspatienten verständliche Qualitätsvergleiche sind zentrale Bestandteile ihrer Forderungen. Aus Sicht der Autoren – Porter ist Harvard-Professor und Guth Klinik-Geschäftsführer – sind alle Voraussetzungen für einen solchen Systemumbau bereits heute erfüllt; die Politik sollte den Mut haben, entscheidende Schritte zu gehen.



Michael E. Porter, Clemens Guth
Chancen für das deutsche Gesundheitssystem
2012, 376 Seiten, Euro 59,95,
Verlag Springer Gabler,
Wiesbaden

Wenn Oma Hilfe braucht

Was ist mit Oma los? Wieso werden für sie Räume, Schränke und Schubladen beschriftet? Diese Frage stellen sich Katja und Max, die beiden Hauptfiguren in diesem Ratgeber für Kinder der Alzheimer Initiative. Die Geschwister müssen erleben, wie die Krankheit ihre Großmutter verändert. Mit bunten Bildern und kindgerechten Texten wird den Kids die Krankheit nahegebracht. Eine traurige Geschichte, die liebevoll erzählt wird. Bilder erläutern die Funktionsweise des Gehirns. Comics, Spiele und Bastelanleitungen runden das Angebot ab.



Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg)
Afi-Kids wissen mehr
28 Seiten, kostenlos,
zu bestellen unter www.alzheimer-forschung.de oder unter Tel. 0211 / 86 20 66-0

KURZ GEFASST:

Was ist eigentlich TAVI?

TAVI ist eine katheteregestützte Aortenklappenimplantation, also eine neue Therapieoption für Patienten, die an einer Verengung der Aortenklappe erkrankt sind. TAVI ist für Patienten interessant, für die aufgrund gravierender Begleitscheinungen die ansonsten bewährte herzchirurgische Aortenklappenoperation mit Einsatz der Herz-Lunge-Maschine nicht infrage kommt. Die Ersatzkassen schließen dazu ein von ihnen entwickelte Qualitätsvereinbarung mit Krankenhäusern auf freiwilliger Basis ab.

MELDUNG

1.231 Thüringer starben

... laut Statistischem Landesamt 2012 an den Folgen des Rauchens. Damit wurden bei jedem 22. Verstorbenen die Folgen des Rauchens als Todesursache von Ärzten diagnostiziert. 2012 wurden in 45 Thüringer Krankenhäusern insgesamt 7.511 vollstationäre Behandlungen von Patienten mit einer Hauptdiagnose, die in einen engen Zusammenhang mit dem Tabakkonsum gebracht werden kann, durchgeführt. Das entsprach in den letzten zehn Jahren einem Anstieg um immerhin 20,4 Prozent. An den für Raucher symptomatischen Erkrankungen verstarben rund drei Mal mehr Thüringer Männer (917) als Frauen (314). Zu den tabakbedingten Sterbefällen zählen die Todesursachen Lungenkrebs mit 1.188, Kehlkopfkrebs mit 41 und Luftröhrenkrebs mit zwei Sterbefällen.

ERSATZKASSEN DISKUTIEREN

Für ein gesundes Thüringen!



Am 14.9.2014 wird im Freistaat der neue Landtag gewählt. Damit werden die politischen Weichen neu gestellt. Wir werden nicht müde, bei den Politikern immer wieder nachzuhaken, wie sie die künftige Gesundheitspolitik gestalten wollen (s. Bild aus 2013). Welche Maßnahmen sollten angesichts der demografischen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Versorgungssituation in Thüringen getroffen werden? Wie viele Krankenhäuser und wie viele Ärzte brauchen wir wirklich, und können sie uns auch leisten? Diesen und anderen Fragen stellen wir uns am Mittwoch, 13.8.2014 im Erfurter Augustinerkloster. Von 15.00 bis etwa 17.15 Uhr diskutieren wir unter der Moderation des Chefredakteurs der größten Thüringer Tageszeitung mit fünf Gesundheitspolitikern.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Thüringen des vdek
Lucas-Cranach-Platz 2, 99099 Erfurt
Telefon 03 61 / 4 42 52-0
Telefax 03 61 / 4 42 52-28
E-Mail Kerstin.Keding@vdek.com
Redaktion Kerstin Keding-Bärschneider
Verantwortlich Dr. Arnim Findeklee
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2158