

# Mitteilungen der DGIM

## Symposium der Korporativen Mitglieder

### Deutsches Gesundheitswesen 2007: Reform oder Abwicklung?



*Die Finanzierung des Gesundheitswesens beschäftigt seit Jahren die Gemüter. Immer neue Versuche wurden unternommen, die steigenden Kosten einzudämmen und die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu stabilisieren. Ist die bislang letzte Gesundheitsreform nun „der Weisheit letzter Schluss“? Welche positiven, welche negativen Auswirkungen sind zu erwarten? Beim Symposium der Korporativen Mitglieder der DGIM während des 113. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden wurden die aktuellen Reformbeschlüsse vorgestellt und diskutiert. Geleitet wurde das Symposium von den beiden Sprechern der Korporativen Mitglieder, Dr. rer. nat. Ottfried Zierenberg, Geschäftsführer Medizin, MSD Sharp & Dohme, sowie Dr. Dieter Götte, Medizinischer Direktor, Novartis Pharma.*

Die **eine** Gesundheitsreform gibt es nicht – seit den siebziger Jahren wurden über 50 „große“ Reformen durchgeführt und mehr als 7000 Einzelmaßnahmen getroffen, um die Kostenproblematik im Gesundheitswesen zu bewältigen. Eine Analyse von Prof. Dr. Volker Ulrich, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, lässt erkennen, dass es sich auch bei den neuesten Gesetzen zur Gesundheitsreform nicht um die entscheidende letzte Umgestaltung handeln wird.

#### Ziele verfehlt?

Wesentliche Ziele der derzeitigen Reformbemühungen sind es, so Ulrich, die Nachhaltigkeit zu verbessern (Gerechtigkeit zwischen den Generationen), die „Beschäftigungsfeindlichkeit“ zu reduzieren (geringere Belastung der Löhne bzw. Arbeitskosten) und den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. Ein bedeutender Eckpfeiler ist dabei die Einführung des **Gesundheitsfonds** zum 1.1.2009, der als Kompromiss aus Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie entstanden ist. In den Gesundheitsfonds zahlen die Arbeitnehmer 7% und die Arbeitgeber 6% des Bruttolohns ein. Die Versicherung von Kindern wird als „gesellschaftliche“ Aufgabe künftig über die Steuer finanziert. Im Jahr 2009 sind hierfür 3 Milliarden Euro vorgesehen; eine Anhebung auf 14 Milliarden ist geplant. Aus diesem gemeinsamen Topf erhalten die gesetzlichen Krankenversicherungen eine Pauschale pro Versichertem, gestaffelt nach Alter, Geschlecht und Krankheiten (morbiditäts-adjustiert; an-

stelle des bisherigen Risikostrukturausgleichs). Reicht dieses Geld nicht aus, kann die Kasse zusätzlich von jedem Mitglied 8 € pro Monat einziehen; ferner können weitere 1% des sozialversicherungspflichtigen Haushaltseinkommens eines Versicherten zur Deckung der Kosten herangezogen werden.

„Die Verknüpfung der Zusatzprämie mit der Überforderungsklausel“, erläuterte Ulrich, „macht einen Preiswettbewerb unmöglich.“ Das Ziel der **Nachhaltigkeit** hat die Gesundheitsreform nach seiner Ansicht verfehlt, da die Mehrkosten nicht gedeckt sind, sondern auf zukünftige Generationen übertragen werden. Positive Effekte sind seines Erachtens zwar durch die Steuerfinanzierung der Kinderversicherung zu erwarten. Woher diese Gelder kommen sollen, ist jedoch unklar.

#### Auswirkungen für Vertragsärzte

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das bereits am 1.1.2007 in Kraft getreten ist, bringt vermutlich organisatorische Erleichterungen für sog. „Vertragsärzte“. Vertragsärzte sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung von sozialversicherten Patienten zugelassen oder ermächtigt und als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen an bestimmte Vorgaben gebunden. Wie **Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge**, Fachanwalt für Medizinrecht, Münster, ausführte, können sie zukünftig – zahlenmäßig unbegrenzt – Ärzte anstellen und deren Arbeitszeit dienstvertraglich flexibel gestalten.

Voraussetzung ist jedoch, dass der Planungsbereich nicht gesperrt ist bzw. für das Fachgebiet keine Zulassungsbeschränkungen vorliegen. Auch fachgebietsfremde Ärzte können künftig beschäftigt werden. Vertragsärzte können ferner über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten tätig sein – wenn die ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort gewährleistet wird.

#### Wo bleibt die Prävention?

„Ohne Stärkung der Prävention ist jede Gesundheitsreform unvollständig“, meinte Prof. Dr. Martin Middeke, Chefredakteur der Deutschen Medizinischen Wochenschrift und Leiter des Blutdruckinstituts München. „Prävention funktioniert nicht automatisch, nur weil sie sinnvoll ist. Sie muss politisch gewollt werden“. Unter diesem Gesichtspunkt wäre das **Präventionsgesetz**, das seit einiger Zeit „auf Eis liegt“, ein wichtiger erster Schritt in die richtige Richtung. Besonders wünschenswert wäre es hier, dass nicht nur die betriebliche, sondern vor allem auch die ärztliche Prävention gestärkt wird. So sollten nach Middekes Ansicht ärztliche Präventionsleistungen, z.B. auf dem Gebiet der Gewichtsreduktion, auch finanziell honoriert werden. Er kritisierte daher den Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 3.11.2006, nach dem für die nichtmedikamentösen diätetischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bei essentieller Hypertonie ein Nutzen nicht belegt sei – ein äußerst unbefriedigendes Ergebnis, das, so Middeke, vor allem auf die beschränkte Auswahl von Studien (Endpunkt Gesamtmortalität) zurückzuführen ist.

Übergewicht und Rauchen sind die beiden Risikofaktoren, die am stärksten zur globalen Belastung durch kardiovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt) beitragen. In Deutschland ist jedes 6. Kind zwischen 3 und 17 Jahren zu dick – Tendenz steigend. Wie **Verhaltens- und Verhältnisprävention** funktionieren können, zeigen Beispiele aus anderen Ländern wie

England und Finnland: Dort engagieren sich staatliche Stellen (z. B. „Fitnessministerin“ Caroline Flint) gezielt für die Förderung gesunder Verhaltensweisen, und es werden Rahmenbedingungen eingeführt, die eine gesunde Lebensweise ermöglichen. Von solchen positiven Ansätzen ist Deutschland noch weit entfernt.

### Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Mit der Bewertung von Arzneimitteln durch das IQWiG befassten sich gleich zwei Vorträge des Symposiums. Unausweichlich ist nach Ansicht von *Prof. Dr. Jürgen Wasem*, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg/Essen, dass zukünftig - bei begrenztem Budget - eine Auswahl getroffen werden muss, welche medizinischen Maßnahmen noch bezahlt werden (können). Berücksichtigt man dabei nicht nur den Nutzen einer Maßnahme, sondern auch noch das Kosten-Nutzen-Verhältnis, so lässt sich mit diesem nach Wasem „zutiefst ethischen“ Entscheidungskriterium möglichst viel „Outcome“ für begrenzte Mittel erzielen.

Von maßgeblicher Bedeutung ist die Methodik, die bei der ökonomischen Bewertung von Arzneimitteln eingesetzt wird. So ist zum einen ein relativ weiter Kostenbegriff erforderlich, der neben den reinen Interventionskosten und den medizinischen Folgekosten (z.B. durch Nebenwirkungen) auch die nicht medizinischen Kosten (z. B. Haushaltshilfe) und die indirekten Kosten (z.B. kürzere Arbeitsunfähigkeit) umfasst. Bei der Berechnung des Nutzens einer Therapie werden für Kosteneffektivitätsstudien so genannte medizinische Effekteinheiten herangezogen, beispielsweise gewonnene Lebensjahre oder die Zeit bis zu einem Rückfall. Andere Methoden setzen „Nutzwerte“ zur Berechnung ein; bekanntestes Beispiel sind die international akzeptierten, aber vom IQWiG abgelehnten qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY).

Bei den in den nächsten Wochen anstehenden Entscheidungen zur exakten Durchführung der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG müssen verschiedene **offene Fragen** beantwortet werden: Welche Datenquellen sollten für die Bewertung herangezogen werden? Nur randomisierte kontrollierte Studien oder auch Sekundärdaten? Wird bei der Kostenberechnung die „Kassenperspektive“ gewählt oder die „ge-

sellschaftliche Perspektive“? Wird die Lebensqualität in die Nutzenberechnung einfließen? Welcher Wert wird Modellrechnungen zukommen? Und inwieweit wird sich das IQWiG dabei an internationalen Standards orientieren müssen?

Bei neuzulassungsgelassenen Medikamenten (Innovationen) soll in Zukunft, so will es der Gesetzgeber, nur dann kein Höchstbetrag festgesetzt werden, wenn das Arzneimittel vom IQWiG bei der Kosten-Nutzen-Bewertung als kosteneffektiv eingeschätzt wurde. Diese Kosten-Nutzen-Bewertung ist nach *Dr. Steffen Wahler* vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Berlin, ein völlig neues Prinzip, das er – anders als die bisherige alleinige Nutzenbewertung – grundsätzlich für sinnvoll hält: unter bestimmten Bedingungen (s. Info-Kasten). So sollten zum Beispiel die Prüfungskriterien bereits zu Beginn des Verfahrens durch ein Auswahlgremium aus **allen Beteiligten** (Scoping-Workshop) klar festgelegt und nicht dem IQWiG alleine überlassen werden. Eine Schiedsstelle für Streitfragen wäre wünschenswert, und der VFA fordert ferner die Möglichkeit einer Stellungnahme gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bzw. dem Bundesministerium für Gesundheit.



### Fazit

In seiner Zusammenfassung stellte *Prof. Dr. Ulrich Fölsch*, Kiel, der Beauftragte für die Korporativen Mitglieder der DGIM, mit großen Bedenken fest, dass derzeit die „Kostenträger“ (Krankenkassen, Gesundheitspolitik) die Medizin kontrollierten, und zwar nicht nur, was die Kosten betrifft, sondern auch hinsichtlich der eigentlichen Inhalte der Medizin. Er forderte dazu auf, die Repräsentanten der Fachgesellschaften mit ihrem medizinischen Sachverstand stärker in die Entscheidungen des IQWiG und des G-BA einzubinden, damit diese Entscheidungen „nicht nur aus dem Blickwinkel der Ökonomie, sondern vor allem aus dem Blickwinkel der Medizin und damit aus der Sicht der Patienten getroffen werden“.

*Dr. Ute Mader, Stuttgart*

### Position des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller zum Prozessablauf der Kosten-Nutzen-Bewertung (Zusammenfassung)

- ▶ Die Einbindung der vom Gesetz genannten zu Beteiligten hat bereits in einem Scoping-Workshop zu Beginn des Verfahrens zu erfolgen. Gemeinsam werden dort definiert:
  - ▶ die zu betrachtenden Fragestellungen,
  - ▶ die zu wählenden Vergleichstherapien,
  - ▶ die patientenrelevanten Nutzen und Outcomes sowie
  - ▶ die anzuwendende Methodik.
- ▶ Der Scoping-Workshop wird von einem unabhängigen externen Moderator geleitet.
- ▶ Die Bewertungen werden vom IQWiG an externe Sachverständige vergeben, die Aufträge werden öffentlich ausgeschrieben. Auswahlkriterien müssen offen gelegt werden.
- ▶ Bei der Literaturrecherche wird systematisch der Hersteller von Beginn an einbezogen. Die Hersteller haben das Recht, Studiendaten und gesundheitsökonomische Analysen einzureichen. Die recherchierten und eingereichten Daten sind in den Bewertungsprozess einzubeziehen. Eine eventuelle Nicht-Berücksichtigung ist zu begründen.
- ▶ Die Beurteilung der Anwendbarkeit bereits vorhandener Modelle oder die Definition eines ggf. neu zu erstellenden Modells erfolgt über eine noch zu etablierende Clearingstelle (z. B. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Robert Koch-Institut (RKI) oder eine universitäre Einrichtung). Diese übernimmt auch die Aufgabe einer Schiedsstelle in Streitfragen.
- ▶ Jedes Verfahren schließt ein internes und ein externes Review ein.
- ▶ Dem Hersteller wird mit Vorlage des Endberichts die Möglichkeit einer letzten Stellungnahme an den Auftraggeber des Verfahrens (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) oder Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) gegeben (Appeal).

Quelle: [www.vfa.de](http://www.vfa.de)