

LANGE WEGE

Innovative Therapien haben in Deutschland langwierige Prozesse zu durchlaufen. Das dient der Sicherheit und soll die Finanzierbarkeit sicherstellen. Seite V2

ERHOFFTER DURCHBRUCH

Typ-2-Diabetes hat für die Betroffenen und die Gesellschaft weitreichende Folgen. Mittels Verfahren der personalisierten Medizin soll eine Heilung möglich werden. Seite V3

STARKER IMPULSGEBER

Josef Hecken spricht im Interview über die Hintergründe zum Innovationsfonds, die Herausforderungen in der Startphase und zieht eine erste Bilanz. Seite V4

Zukunft der Gesundheitsversorgung

Sektorengrenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich prägen das deutsche Gesundheitssystem. Diese gilt es für eine langfristig gute Versorgung zu überwinden.

FOTO FOTOLIA/DREPICTER

Zunehmendem Druck der Ökonomisierung standhalten

Der betriebswirtschaftliche Druck steigt seit Jahren für die behandelnden Ärzte in Kliniken und in ambulanten Versorgungseinrichtungen. Überzogene Erwartungen können die hochwertige Gesundheitsversorgung Deutschlands gefährden. Viele Ärzte fordern deshalb ein Gegensteuern zum Wohl der Patienten. *Von Petra-Maria Schumm-Draeger*



EDITORIAL
Von Anna Seidinger

Wer in Deutschland krankheitsbedingt einen Arzt aufsuchen muss, wird in aller Regel gut behandelt. So schneidet unser Gesundheitssystem in internationalen Vergleichen besser als viele andere ab. Diese gute Situation wissen alle Beteiligten zu schätzen. Gleichzeitig wissen die Akteure im Gesundheitswesen, dass Veränderungen notwendig und neue Wege in der Versorgung zu gehen sind, um die bewährte hohe Qualität zu erhalten. Die größten Herausforderungen liegen in der steigenden Zahl älterer beziehungsweise betagter Menschen, die multimorbid sind, also an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, in bewährten, doch starren Versorgungsstrukturen sowie in der finanziellen Mittelbegrenztheit des solidarisch getragenen Systems.

Aus unterschiedlichen Richtungen kommen mittlerweile Impulse und Lösungsansätze. Auf versorgungspolitischer Ebene wurde ein Defizit im Bereich der Innovationsfähigkeit erkannt, das die gesetzlichen Krankenkassen über den mit jährlich 300 Millionen Euro ausgestatteten Innovationsfonds beheben wollen. Daraus sollen sich auch neue Ansatzpunkte für eine besser integrierte Versorgung ergeben. Schließlich bieten sich durch die rasch voranschreitende Digitalisierung neue Möglichkeiten der Vernetzung und der Effizienzsteigerung in der Versorgung. Folgen die unterschiedlichen Bemühungen dem Ziel, dass der Mensch im Mittelpunkt stehen soll, kann der Nutzen am größten sein.

IMPRESSUM

Zukunft der Gesundheitsversorgung
Verlagsspezial der
Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH

Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:
Anna Seidinger, Diplom-Biologin/ MBA
Anna Seidinger Consulting
Medien Medizin Marketing
Margit-Schramm-Straße 6, 80639 München
info@anna-seidinger.com

Im Auftrag von:
Frankfurt Business Media GmbH
Bismarckstraße 24, 61169 Friedberg

Layout: FA.Z. Creative Solutions, Marco Huthmann

Autoren: Michael Hallek, Josef Hecken,
Hans-Joachim Helming, Anna Seidinger,
Cornel C. Sieber, Petra-Maria Schumm-Draeger,
Peter E. H. Schwarz, Mathias H. Tschöp

Verantwortlich für Anzeigen: Ingo Müller,
für Anzeigenproduktion: Andreas Gierrh
Weitere Angaben siehe Impressum auf Seite 4.

Die zukünftigen Herausforderungen an eine gute medizinische Versorgung sind eng verknüpft mit der Frage, wie eine wertorientierte, individualisierte und fürsorgliche Medizin unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte noch sichergestellt werden kann. Dies umfasst die Prävention von Krankheiten, die Früherkennung sowie effektive Behandlung nach dem aktuellsten Stand des medizinischen Fortschritts. Dabei sollte der Mensch als Patient immer im Mittelpunkt stehen.

Betriebswirtschaftliche Faktoren bestimmen die Therapie

Die nachhaltigen Veränderungen medizinischer Strukturen der vergangenen Jahrzehnte haben zu einer ökonomisch gesteuerten Ausrichtung medizinischer Versorgung geführt. Als Folge diktiert zunehmend betriebswirtschaftliche Aspekte den Einsatz medizinischer Behandlungen. Damit droht das Wohl des Patienten aus dem Zentrum der medizinischen Versorgung verdrängt zu werden. Insbesondere in betreuungsintensiven Fachdisziplinen, wie zum Beispiel in den internistischen Schwerpunkten Endokrinologie, Diabetologie oder Rheumatologie, kann der Behandlungserfolg unter der fehlender Gesprächszeit leiden. Ärzten mangelt es sowohl in Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich an Zeit und Ressourcen, um sich ihren eigentlichen Aufgaben – Diagnostik, Therapie und vor allem den Gesprächen mit den Patienten – zu widmen.

Ärzte fordern höheren Stellenwert der Medizin

Diese Fehlentwicklungen nehmen ein immer größeres Ausmaß an und führen nicht nur zu einer mitunter qualitativ fragwürdigen Versorgung der Patienten, sondern auch zu enormen Belastungen für die Ärzteschaft sowie zu steigenden Ausgaben für die Kostenträger und das Gesundheitssystem insgesamt. So bedarf es einer dringenden Rückbesinnung auf die medizinisch-ethische Verpflichtung einer adäquaten und patientenorientierten Medizin, die von den gesundheitspolitisch verantwortlichen Funktionsträgern nachhaltig unterstützt werden muss.

„Statistisch gesehen leidet jeder vierte Deutsche an schwerem Übergewicht, bereits über die Hälfte der Deutschen ist leicht bis mäßig übergewichtig. Mit Blick auf die damit einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen muss dieser gefährlichen Entwicklung durch effektive Präventivstrategien dringend Einhalt geboten werden.“

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) engagiert sich in hohem Maße, um diesen nachteiligen Entwicklungen Einhalt zu gebieten, und hat dafür konkrete Vorschläge entwickelt. Für einen innovativen Impuls, der die Wende zum Besseren einleiten soll, hat die DGIM den sogenannten Ärzte-Kliniken-Kodex „Medizin vor Ökonomie“ entwickelt. Dieser verfolgt das Ziel, eine wertorientierte Integration ärztlichen Handelns in einer durch ökonomische Leit- und Erfolgsbilder dominierten Medizin zu gewährleisten.

Interdisziplinarität versus Spezialisierung

Eine große Herausforderung für eine gute Gesundheitsversorgung ist darüber hinaus, die kompetitive Koexistenz hochspezialisierte und nur bedingt kooperierender Versorgungseinheiten zu überwinden und an deren Stelle patientenfokussierte, fachübergreifende Organisationsstrukturen einzurichten. Noch immer arbeiten verschiedenste medizinische Versorgungssektoren, ärztliche Disziplinen und Einrichtungen oft nebeneinander statt miteinander. Integrative, interdisziplinär miteinander arbeitende Organisationsformen sollten zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen, eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen unterstützen und vor allem medizinische Behandlungen ermöglichen, bei denen das Wohl der Patienten im Mittelpunkt steht. Dazu hat sich die DGIM intensiv mit der Entwicklung von Modellprojekten für eine integrierte internistische Versorgung der Zukunft befasst. Ihre wissenschaftlich begründeten Empfehlungen haben das Potential, die Effizienz der internistischen Versorgung nachhaltig zu steigern.

Als Beispiel für eine interdisziplinär ausgerichtete gute Versorgung kann die Diabeteserkrankung genannt werden, um die Schnittstellen sowohl zu den Schwerpunkten innerhalb der Inneren Medizin als auch zu vielen weiteren Gebieten der Medizin für eine effektive und patientenorientierte Diagnostik und Behandlung zu charakterisieren. Als vielschichtige Erkrankung mit zahlreichen Begleit- und Folgekomplikationen erfordert die Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes eine lebenslange Therapie, die in einer engen und gut abgestimmten Kooperation zwi-

schen den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen am erfolgreichsten gelingt. Diabetes und schweres Übergewicht stellen bedeutende Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen dar – mit steigenden Fallzahlen und gerade auch bei immer mehr jüngeren Menschen. In diesem Bereich sind Prävention, Früherkennung und effektive Therapie besonders wichtig, aber auch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist bei kardio-metabolischen Patienten von großer Bedeutung.

Eine weitere Herausforderung für eine gute zukünftige Gesundheitsversorgung liegt darin, die umfangreichen Möglichkeiten der digitalen Medien klug und patientenzentriert für Diagnostik und Behandlung zu nutzen. So verspricht beispielsweise die digital gestützte Therapieüberwachung chronischer Erkrankungen eine effizientere und engere Betreuung jedes einzelnen Patienten. Übergeordnete Krankenhaus-Informationssysteme, individuelle Online-Sprechstunden, innovative Anwendung von Sensoren, Endgeräten und sogenannten Wearables am und im Patienten – die digitale Erfassung, Weitergabe und Speicherung von Gesundheitsdaten sind heute aus dem ärztlichen Alltag nicht mehr wegzudenken und werden den ärztlichen Alltag noch auf unabsehbare Zeit nachhaltig beeinflussen und verändern. In diesem Zusammenhang sind nicht nur zahlreiche Fragen zur Sicherheit und Verarbeitung hochsensibler Gesundheitsdaten zu klären, sondern vor allem das sich wandelnde Berufsbild der Ärzteschaft der Zukunft weiterzuentwickeln, dass Ärztinnen und Ärzte Ansprechpartner für alle Gesundheitsfragen der Patienten bleiben und diese vor einer Überflutung auch ungefilterter und oft unsachgemäßer Informationen schützen und sie entsprechend beraten.

Steigende Anforderungen in der Behandlung älterer Patienten

Schließlich gilt es, die Folgen des demographischen Wandels mit einer stetig wachsenden Zahl älterer und hochbetagter geriatrischer, häufig auch multimorbider Patienten zu bewältigen. Die behandelnden Ärzte sind dafür verantwortlich, die diagnostischen und therapeutischen Besonderheiten dieser komplexen Patientengruppen zu kennen und in allen Behandlungsschritten

zu berücksichtigen. Wiederum zeigt ein Beispiel aus der Diabetologie, dass bei älteren und vor allem multimorbiden Menschen mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Ziele der Blutzuckerkontrolle völlig unterschiedlich zu definieren sind als bei jüngeren Menschen mit Diabetes ohne Begleiterkrankungen. Deshalb müssen die Besonderheiten der Medizin im höheren Lebensalter auch in Kliniken bekannt sein und umgesetzt werden. Nur so können Komplikationen vermieden und die Lebensqualität des betreffenden Patienten bestmöglich erhalten werden.

Möglichkeiten der Vorbeugung

Aufgrund der steigenden Zahl von Patienten in den verschiedenen – meist zivilisationsbedingten – Volkskrankheiten gilt es, flächendeckend effektive Präventionsstrategien zu etablieren. Alarmierend wirkt die Tatsache, dass im Jahr 2016 erstmals mehr übergewichtige als untergewichtige Menschen auf der Erde gelebt haben. Auch in Deutschland steigen die Zahlen von Menschen – insbesondere von Kindern und jungen Erwachsenen – mit Übergewicht und schwerem Übergewicht beständig. Statistisch gesehen leidet jeder vierte Deutsche an schwerem Übergewicht, bereits über die Hälfte der Deutschen ist übergewichtig. Mit Blick auf die damit einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen, vor allem des Herz-Kreislauf-Systems und des Stoffwechsels sowie des deutlich erhöhten Risikos für bestimmte Krebserkrankungen, muss dieser gefährlichen Entwicklung durch effektive Präventivstrategien dringend Einhalt geboten werden.

Im Rahmen der 123. Jahrestagung der DGIM werden diese Herausforderungen einer guten medizinischen Versorgung unter dem Leitthema „Versorgung der Zukunft: patientenorientiert, integriert und ökonomisch zugleich“ eingehend von vielen klinisch-wissenschaftlich ausgewiesenen Experten diskutiert und darüber hinaus in Projekten der klinischen und ambulanten Versorgung umgesetzt.

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Ärztliche Direktorin Zentrum Innere Medizin Fünf Höfe, München

Der demographische Wandel als Chance für die Medizin

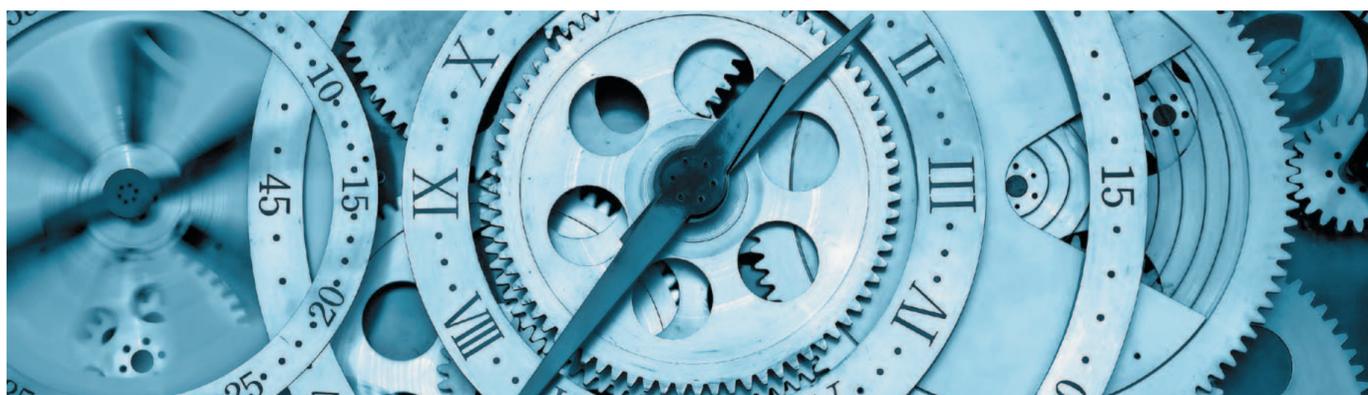
Eine alternde Gesellschaft stellt veränderte Anforderungen an die medizinische Betreuung von Menschen. Der Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit wird zunehmen. Bei multimorbiden Patienten werden individuell unterschiedliche Ziele und Erwartungen für die Gesundheit zu berücksichtigen sein. *Von Cornel C. Sieber*

Heutzutage ist es mehr die Regel als die Ausnahme, dass Menschen in Industrienationen ein hohes Alter erreichen können. Deshalb darf man anstelle des in aller Munde kursierenden Begriffs des demographischen Wandels besser von der demographischen Chance sprechen, um auch die positiven Entwicklungen berücksichtigen zu können. Maßgeblich zur Steigerung der Lebenszeit haben neben den verbesserten hygienischen Umweltbedingungen der diagnostische und therapeutische Fortschritt beigetragen.

Es ergibt sich ein heterogenes Bild: Der steigenden Zahl gesunder und rüstiger älterer Menschen steht die zunehmende Zahl von chronisch kranken alten und betagten Menschen gegenüber. Patienten mit mehreren Krankheiten werden als multimorbid bezeichnet und werden in der Regel von einer polypharmazeutischen Therapie begleitet, sie nehmen also regelmäßig fünf oder mehr Medikamente ein. Dies trifft auf viele Patienten zu, die in Kliniken und Krankenhäusern behandelt werden. Diese Polypharmazie ist nicht primär schlecht, weil sie einen wesentlichen Beitrag leistet, dass Menschen ihre körperliche und geistige Funktionalität bis ins hohe Alter bewahren können. Andererseits sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein häufiger Grund für eine stationäre klinische Behandlung.

Grenzen und Sinnhaftigkeit der medizinischen Therapie

Die klassische Evidenzbasierte Medizin (EBM) stößt bei multimorbiden Krankheiten und ihrer Polypharmazie an Grenzen. David Sackett, der die EBM initial beschrieb, nannte für die EBM drei Säulen: klinische hoch-



Die steigende Lebenserwartung ist eine positive Entwicklung. Für die Versorgung multimorbider alter Menschen bedarf es neuer Lösungen.

FOTO FOTOLIA/ZHENGZHAISHANCHU

wertige Studien, Erfahrung des Arztes und die Patientenpräferenzen. Ebenso wichtig für den Patienten ist neben dem Überleben der Erhalt der Funktionalität und damit der Selbstständigkeit. Die klassische Einteilung der Krankheiten nach der International Classification of Diseases (ICD) wird deshalb aus Sicht der Betroffenen künftig mehr durch diesen funktionellen Aspekt zu ergänzen sein, wobei auch die soziale Teilhabe einen wichtigen Teilaspekt darstellt. Deshalb ist es wichtig, bei Diagnostik und Therapie eine möglicherweise notwendige Priorisierung in Absprache mit dem einzelnen Patienten und seinen persönlichen Präferenzen („shared decision making“) zu treffen.

In Zeiten von Big Data und Digitalisierung wird gerne vergessen, dass in komplexen Strukturen – und der Mensch ist glücklicherweise im besten Sinne „komplex“ – die Individualisierung letztendlich die ärztliche Heilkunst ausmacht – neben Wissen und Er-

fahrung zählen dabei Wahrnehmung und Intuition. Gerade hierbei ist der einzelne Arzt gefordert, sich gegen ökonomische Zwänge zu wehren und Über-, aber eben auch Unter- und Fehlversorgung für das Wohl seines Patienten zu verhindern.

Berücksichtigung individueller Parameter

Multimorbidität, funktionelle Einbußen, bis hin zu sozialer Vereinsamung, führen dazu, dass sich die Betroffenen stärker mit anderen Themen als Jüngere beschäftigen, wie der persönlichen Endlichkeit, und sie entwickeln andere Zeit- und Zielperspektiven. Doch Altern und Alter sind nicht allein durch Krankheit oder Komorbidität gekennzeichnet, es ist vielmehr die mit dem Alter einhergehende Gebrechlichkeit. Dabei überlappt das sogenannte „Frailty-Syndrom“ stark mit dem altersbedingten Muskelschwund.

Die Ernährung ist neben körperlicher Aktivität und Sozialkontakten eines der drei Parameter, die die Lebenserwartung mitbestimmen. Dabei gibt es unterschiedliche Entwicklungen: Der stark steigenden Zahl übergewichtiger Menschen – auch von Kindern und Jugendlichen – steht die hohe Zahl betagter Menschen mit einer Unter- und Fehlernährung gegenüber. Der Satz von Hippokrates „Eure Nahrung sei eure Medizin“ zeigt, dass nutritive Aspekte schon in der Antike für gesundheitliche Prävention und Therapie als wichtig angesehen wurden. Mangel-, Fehl- und Überernährung wirken pathogenetisch und/oder sind als Modulatoren von Krankheiten bedeutsam. Allerdings greifen präventive Empfehlungen für eine gesündere Ernährung und damit eine bessere Gesundheit nicht ausreichend.

Die Wiederherstellung oder Wiedereingliederung einer behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das beruf-

liche und/oder gesellschaftliche Leben ist eines der ärztlichen und therapeutischen Hauptanliegen. Gerade aus Sicht der Geriatrie kommt der Rehabilitation eine zentrale Rolle zu, weil präventive Maßnahmen bei älteren Menschen meist zu spät angreifen. Gleichzeitig belegen neue wissenschaftliche Erkenntnisse, dass die Rehabilitation für Hochbetagte auch einen präventiven Nutzen bringt.

Zukünftige Entwicklungen berücksichtigen

In den kommenden Jahrzehnten sprechen die Prognosen für eine zunehmende Urbanisierung bei gleichzeitiger Entvölkerung ländlicher Gebiete. In der Gesundheitsversorgung rechnen Experten mit einer zunehmenden Konzentration der Kliniklandschaft, einem steigenden Durchschnittsalter der internistischen, speziell

im ambulanten Bereich tätigen Ärzte sowie einer verstärkten Feminisierung der Medizin. Diese Entwicklungen fordern eine fundierte perspektivische Auseinandersetzung mit den geriatrischen Versorgungsstrukturen, die für eine weiterhin hochwertige Versorgung der Bevölkerung sehr wichtig sind. Gerade die Betreuung von Menschen mit chronischen Leiden über alle Altersgruppen hinweg – braucht die multidisziplinäre Teamarbeit. Deshalb werden die internistisch tätigen Mediziner ein wichtiger Teil fein austarierter Versorgungssysteme sein, in denen Interdisziplinarität erst im Sinne der Patientenpräferenzen zielführend ist. Die Gesundheitsversorgung ist von Land zu Land auch aufgrund der Geschichte der medizinischen Versorgung recht verschieden. So können Resultate aus der Versorgungsforschung aus dem – auch europäischen – Ausland nur bedingt übernommen werden. Deshalb ist eine verstärkte, politisch mitgetragene und unterstützte Versorgungsforschung von großer Bedeutung. Ferner wird die Verzahnung von Dienstleistung und Forschung über die Berufs- und Fachergrenzen hinweg eine der bedeutenden Herausforderungen der kommenden Jahre sein. Innerhalb dieser interdisziplinären Zusammenarbeit in allen Versorgungsbereichen wird schließlich die sich rasch entwickelnde Digitalisierung der Medizin ein wichtiges Bindeglied darstellen.

Professor Dr. med. Cornel Christian Sieber, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alters, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Moderne Krebsmedizin – zwischen Kostendruck und Erfolg

Kreberkrankungen stellen mit über einer halben Million Neuerkrankungen pro Jahr die häufigste Diagnose dar. Große Fortschritte hat die Behandlung in den vergangenen Jahrzehnten gemacht. Doch deren Anwendungen sind aufgrund hoher Kosten in der Praxis gefährdet. Deshalb bedarf es neuer Wege in der Onkologie. *Von Michael Hallek*

Die Behandlung von Krebs stellt unverändert eine der größten Herausforderungen der Medizin dar. Trotz aller Fortschritte versterben noch heute zwischen 40 und 50 Prozent aller neu diagnostizierten Patienten an dieser Erkrankung. Gleichzeitig wächst wegen der zusätzlich steigenden Zahl der Krebsneuerkrankungen die Sorge, dass die zahlreichen Innovationen der Krebsmedizin das Gesundheitssystem finanziell überfordern.

Krebsforschung steht an einem Wendepunkt

Das molekulare Verständnis, wie Krebs entsteht und sich ausbreitet, hat sich stark erweitert und neue Therapien entwickeln lassen. Krebs ist heute nicht eine Krankheit, sondern besteht aus Hunderten unterschiedlicher, genetisch definierter Erkrankungen und Störungen, wovon jede einzigartige Merkmale trägt und damit auch Ansatzpunkte für eine gezielte Behandlung bietet. Damit ist bei vielen Tumoren eine umfassende molekulargenetische Diagnostik ein unentbehrlicher Schritt für die Wahl der Therapie geworden. So wurde beispielsweise das Lungenkarzinom bis vor kurzem in nur zwei Diagnosen – kleinzelliges und nichtkleinzelliges Lungenkarzinom – eingeteilt. Es kann heute in mindestens zwei Dutzend genetisch

unterschiedliche Entitäten aufgeteilt werden, die jeweils unterschiedlich behandelt werden können. Das Netzwerk „Genomische Medizin Lungenkrebs“ zeigt, wie dieses Wissen in regionale Behandlungskonzepte übersetzt wird und wie dadurch die Überlebenszeit von Krebspatienten verbessert werden kann.

Ferner ließen neue Erkenntnisse über die Steuerung des Immunsystems einen alten Traum wieder erwachen, nämlich das eigene Immunsystem als Waffe gegen Krebs einzusetzen. Die darauf basierenden Immuntherapeutika zeigen bereits klare Erfolge bei Melanomen, Leukämien oder Lymphomen und werden sehr wahrscheinlich bei zahlreichen weiteren Krebsarten eingesetzt werden können. Ein anderer Ansatz unterbricht gezielt lebenswichtige Signalwege von Krebszellen. In der Behandlung kommen immer häufiger Kombinationen von Medikamenten zum Einsatz, um die unerwünschten Resistenzbildungen zu unterbinden. Hierfür stehen Checkpoint-Inhibitoren oder genterapeutisch modifizierte T-Zellen sowie neue Therapien des schwarzen Hautkrebses oder der chronischen lymphatischen Leukämie.

Vorschläge für Verfügbarkeit ohne Kostenexplosion

Zentrale Fragen für die Zukunft der Krebsmedizin in Deutschland lauten: Wie kann

die Krebsforschung hierzulande verbessert werden, so dass Deutschland global wettbewerbsfähig bleibt? Wie können die neuen Therapien für alle Patienten verfügbar gemacht werden, ohne dass die Kosten unkontrolliert steigen? Darauf gibt ein im März veröffentlichtes Positionspapier zur „Wissen generierenden onkologischen Versorgung“ Anregungen und konkrete Vorschläge. Die Autoren der gemeinsamen Publikation gehören der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Zukunft der Onkologie“ an, bestehend aus Abgeordneten verschiedener Bundestagsfraktionen sowie Vertretern von Krankenkassen, der ambulant und stationär tätigen Ärzteschaft, der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Wissenschaft und Patientenorganisationen.

Die Experten sehen als wichtiges Handlungsfeld eine bessere Zusammenarbeit mit stärkerer Vernetzung aller Beteiligten. So sollen Krebsforschung und -therapie in enger Kooperation organisiert werden und einen höheren Wissenstransfer zum Nutzen der Patienten einschließen. Außerdem soll die umfassende und gemeinsame Nutzung von klinischen Daten mit den dazu notwendigen Strukturen ausgebaut werden. Einen hohen Stellenwert erhalten Postzulassungsstudien, um eine zuverlässige Evidenz neuer Therapien nach deren Zulassung sicherzustellen. Ferner wird mit Blick auf die Patienten eine

zunehmende Überführung onkologischer Therapien in den ambulanten Bereich gefordert. Dabei soll die sprechende Medizin in der ärztlichen Vergütung eine stärkere Gewichtung erlangen. Da Patienten und Angehörige im Rahmen einer Krebsbehandlung außergewöhnliche seelische Belastungen bewältigen müssen, werden die Psychoonkologie als erstattungsfähige Leistung gefordert sowie ein Patienteninformationssystem und die Patientenschulung adressiert.

Ausbau der psychoonkologischen Versorgung

Für die konkrete Umsetzung formuliert die Arbeitsgruppe verschiedene Maßnahmen. Dazu gehört der Aufbau einer qualitätsgesicherten, auf den Bedarf der Krebspatienten abgestimmten psychoonkologischen Versorgung sowie eines Systems zur bedarfsgerechten Patienteninformation und -begleitung sowie Prähabilitation. Dabei soll die psychoonkologische Versorgung im Sinne des Nationalen Krebsplans zur Regelversorgung werden. Mit Blick auf die Finanzierung formulieren die Experten, dass die psychoonkologische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung darstellt. Deshalb sollen diese Leistungen auch nicht ausschließlich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden müssen.

Als zentraler Ankerpunkt werden zusätzlich sogenannte Patienten-Navigatoren etabliert, die den Krebspatienten über die Sektorengrenzen hinweg unterstützen sollen. Außerdem haben Patienten, bei denen eine komplexe, potentiell lebensbedrohliche Erkrankung diagnostiziert wird, die in ihrem Verlauf auch das soziale Leben des Patienten und sein Umfeld betreffen kann, vor einer medizinischen, aber nicht unmittelbar erforderlichen Intervention Anspruch auf Schulungsmaßnahmen mit physiotherapeutischen, psychosozialen, sozialrechtlichen und medizinischen Inhalten.

Aufbau forschender Kompetenzzentren

Es soll eine sektorenübergreifende, integrierte und Wissen generierende onkologische Versorgung geschaffen werden. Die bereits im vor drei Jahren verfassten Nationalen Krebsplan gestellte Forderung, die onkologischen Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln, wird erneut aufgegriffen: Um für alle Krebspatienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, sollen regionale, forschende Kompetenzzentren oder Kompetenznetze aufgebaut werden, die sowohl qualitätsgesichert als auch untereinander vernetzt arbeiten. Dabei soll die bestehende Datenerhebung der klinischen Krebsregister in eine redundanzfreie

onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Ärzte erfolgen.

In diesem Zusammenhang sollen auch Strukturen zur klinischen Prüfung onkologischer Therapien sowie die Forschung zur Prüfung der Wirksamkeit neuer Therapieoptionen unter Alltagsbedingungen gefördert werden. Neue Krebsarzneimittel sollen schneller für die Versorgung zur Verfügung gestellt werden können, sie sollen gleichzeitig nach Zulassung und Nutzenbewertung weiter evaluiert werden. Ferner werden in diesem Bereich die Maßnahmen zur molekularen Diagnostik integriert. Nur diese Methoden ermöglichen es, die genetischen Unterschiede und die behandlungsrelevanten Mutationen zu identifizieren und damit für den betroffenen Patienten die passende Therapie auszuwählen.

Insgesamt sollen diese Vorschläge in eine Überarbeitung der Gesetzgebung münden, um eine innovative, evidenzbasierte und patientennahe Versorgungspraxis sicherzustellen und gleichzeitig eine nachhaltige Sicherung der Finanzierbarkeit medizinischer notwendiger hochpreisiger Krebsarzneimittel zu ermöglichen.

Professor Dr. med. Michael Hallek, Direktor, Klinik für Innere Medizin Centrum für Integrierte Onkologie Köln-Bonn, Universität zu Köln

Zukunft der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten

Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in ländlichen Räumen gehört zu den zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen. Ein Modellprojekt in dem Mittelbereich Templin zeigt, wie ein zielgerichteter Wandel der Versorgungsstrukturen gelingen kann.

VON HANS-JOACHIM HELMING

Die Uckermark steht beispielhaft für strukturell benachteiligte Regionen, die hinsichtlich der zukünftigen Gesundheitsversorgung hohe Herausforderungen an die Akteure stellen werden. Besonders die demographischen Entwicklungen verschärfen die bereits heute angespannte Versorgungssituation, wobei sich vor allem die dynamisch wachsende Zahl der Erkrankungshäufigkeiten auswirkt. Um den Anforderungen der kommenden ein bis zwei Jahrzehnte gerecht werden zu können, müssen bereits heute völlig neue Instrumente entwickelt, neue Wege gegangen werden.

Regionale Rahmenbedingungen

Im Norden des Landes Brandenburg liegt der Mittelbereich Templin, in dem insgesamt 27000 Menschen leben, davon allein 16000 in der Stadt Templin. Prognosen weisen einen Rückgang der Bevölkerung bis 2030 um 17 Prozent sowie einen gleichzeitigen Anstieg der über 65-Jährigen auf 44 Prozent aus. Dies zieht eine stark veränderte Nachfrage nach ambulanten, stationären, pflegerischen, so-

zialen und therapeutischen Leistungen nach sich. Derzeit werden die Menschen von 20 ausnahmslos in der Stadt Templin niedergelassenen Fachärzten, 15 Hausärzten, sechs Psychotherapeuten, fünf stationären Pflegeeinrichtungen und 18 ambulanten Pflegediensten sowie einem Krankenhaus der Grundversorgung mit 122 Planbetten versorgt.

Da es in diesem Krankenhaus keine geriatrische Abteilung gab, errichtete die KV Brandenburg 2014 in einer Eigeneinrichtung am Krankenhaus eine sektorenübergreifende geriatrische ambulante Rehabilitations-einrichtung.

Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die hier praktizierte kooperative Betreuung der Patienten durch niedergelassene Hausärzte und den Chefarzt der neugeschaffenen kleinen stationären Geriatrie erwies sich als in jeder Hinsicht erfolgreiche Struktur. Dies veranlasste die Träger des Projektes – die IGIB, ein Joint Venture der KVBB, AOK Nordost und BARMER Berlin/Brandenburg unter Mitwirkung des Sana-Krankenhauses

–, aus der begonnenen Profilmigration des Krankenhauses eine Strukturmigration der Versorgung in der ganzen Region in Angriff zu nehmen. Starke Unterstützung erfährt das Vorhaben durch das brandenburgische Gesundheitsministerium: allein für die bauliche Umgestaltung des Krankenhauses zu einem stärker ambulant ausgerichteten Partner der neuen Versorgungsstruktur wird das Land zehn bis zwölf Millionen Euro aus dem Strukturfonds bereitstellen.

Ausgehend vom realen quantitativen und qualitativen Versorgungsbedarf der heute und bis 2030 zu versorgenden Bevölkerung, werden in einem seit Anfang 2017 vom Innovationsfonds mit 14,5 Millionen Euro geförderten Projekt stationäre und ambulante Versorgungskapazitäten angepasst und eine die Sektoren funktional überbrückende interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsstruktur geschaffen. In diesem sogenannten Ambulant-Stationären-Zentrum (ASZ) werden alle Behandlungen erfolgen, welche ambulant behandelbar sind und derzeit noch zu höheren Kosten im Krankenhausbett durchgeführt werden. Die Schaffung dieser Behandlungskapazi-

täten geht mit einer Anpassung stationärer Ressourcen einher, ohne dass sich die Versorgung für die in der Region lebenden Menschen verschlechtert. Dafür ergänzt unter anderem eine wohnortferne Kooperation die wohnortnahe ambulante und stationäre Grundversorgung. Den notwendigen intersektoralen Datentransfer unterstützen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien, die in die Betreuungsprozesse integriert werden.

Sektorenübergreifende Betreuung mit höherer Flexibilität

Im ASZ wird eine Hausarztpraxis des Grundversorgungs-Netzes der ambulanten Ärzte integriert, welche auch als Bereitschaftsdienstpraxis vor der Rettungsstelle des Krankenhauses in den sprechstundenfreien Zeiten dient. Somit wird die Fehlallokation ambulant zu behandelnder Patienten in der Notfallaufnahme des Krankenhauses beendet. Daneben werden im ASZ verschiedene fachärztliche Spezialbehandlungen vorgehalten, welche gemeinsam von stationär und ambulant tätigen Ärzten abgesichert wer-

den. Komplettiert wird dies durch ein Koordinierungs- und Beratungs-Zentrum (KBZ), welches im Kern dem Fallmanagement dient. Hier arbeiten qualifizierte Case-Managerinnen, welche die Ärzte bei der Führung der Patienten, insbesondere bei Entlassungen und Überleitungen, unterstützen. Diese Case-Managerinnen arbeiten eng mit den kommunalen sozialen Diensten zusammen und koordinieren im Bedarfsfall die Einbindung von Pflegediensten. Damit können sich die Ärzte auf ihre originären Aufgaben konzentrieren: Diagnose und Therapie. Gleichzeitig ist der Patient rundum gut versorgt. In dieser supportiven Ausgestaltung der Gesamtbehandlung können die wenigen ärztlichen Ressourcen optimal für den jeweiligen Patienten genutzt werden.

Im Ergebnis soll eine hochverfügbare, leistungsfähige medizinische Versorgungsstruktur entstehen, die ebenso wirtschaftlich ist. Dann wäre eine Überführung in die Regelversorgung möglich.

Dr. Hans-Joachim Helming, Geschäftsführer und Gesamtprojektleiter, IGIB-StimMT gGmbH

Forscher arbeiten an einer Zukunft ohne Diabetes

Die molekularen Mechanismen der Stoffwechselerkrankung Typ-2-Diabetes sind komplexer als erwartet. Neueste Durchbrüche lassen Wissenschaftler auf personalisierte Therapien hoffen. Der Bedarf ist angesichts der stark steigenden Zahlen von Menschen mit Diabetes und Übergewicht groß. *Von Matthias Tschöp*

In Kürze jährt sich die Entdeckung von Insulin zum einhundertsten Male: 1921 entdeckten Frederick G. Banting, Charles Best, John Macleod, und James Collip, dass Extrakte der Bauchspeicheldrüse einen damals unvorstellbaren positiven Effekt auf die Gesundheit zuckerkranker Patienten hatten. Diese Entdeckung führte zur Entwicklung der Insulinsatztherapie, die eine bis dahin tödliche Krankheit in eine chronische Erkrankung verwandelte. Insulin ist heute noch zentraler Pfeiler der Diabetesbehandlung, wengleich die Entdeckung und Anwendung weiterer Antidiabetika das Management der Erkrankung ganz wesentlich optimiert und erleichtert haben.

Herausforderung: Komplexe hormonelle Mechanismen

Heilbar ist Diabetes dennoch bis heute nicht. Die Zahl der an Diabetes Erkrankten nimmt in Deutschland und weltweit vielmehr zu. Die Mehrheit, beinahe 95 Prozent, der Diabeteserkrankungen wird als Typ-2-Diabetes zusammengefasst und zweifellos durch eine weitere Epidemie angetrieben: die der Adipositas oder Fettsucht. Während die exakten molekularen Mechanismen dieses Zusammenhangs bis heute nicht ausreichend verstanden sind, ist relativ unumstritten, dass es ohne Adipositasepidemie die heutige Diabetesepidemie nicht gäbe. Allerdings fehlen auch nach Jahrzehnten moderner und intensiver Adipositasforschung effiziente und sichere Wirkstoffe mit auch nur annähernd vergleichbarer Kapazität wie der der Insulinsatztherapie für Diabetes. Dabei gab es kurzfristige Hoffnung, als Jeffrey Friedman von der Rockefeller-Universität in New York 1994 das Fettgewebshormon Leptin entdeckte. Dieses Eiweißmolekül kommuniziert die Größe der Kalorienvorräte an unser Gehirn und reguliert Hunger und Energieverbrennung. Fehlt Leptin, zum Beispiel aufgrund bestimmter seltener Genmutationen, entstehen unkontrollierbarer

Hunger, enorme Gewichtszunahme schon im Kindesalter und Diabetes. Die Hoffnung auf ein Heilmittel wurde allerdings auch hier rasch enttäuscht, als klar wurde, dass Patienten mit Fettsucht nicht auf eine Behandlung mit Leptin ansprechen. Nichtsdestotrotz kamen Wissenschaftler und Ärzte durch die Leptinentdeckung zu essentiellen Einsich-

„Massive chirurgische Eingriffe könnten durch neue, voraussichtlich injizierbare Therapien ersetzt werden.“

ten. So wissen wir heute, dass die Kontrolle der Körperfettmasse nicht ausschließlich auf Willenskraft beruht, sondern einer Regulation durch eine Vielzahl von Hormonen und Nervensignalen unterliegt, die überwiegend im Gehirn stattfindet.

Massive weltweite Anstrengungen über verstärkte Aufklärung zu gesundem Ernährungsverhalten und ausreichend körperlicher Bewegung reichen bisher nicht aus, die rasch fortschreitende Ausbreitung beider Erkrankungen aufzuhalten. Deshalb ist die baldige Entdeckung von effektiven und sicheren Wirkstoffen für die Behandlung der Adipositas essentiell, wenn unsere Gesellschaft vor einer Gesundheitskatastrophe mit unabsehbaren wirtschaftlichen und politischen Konsequenzen bewahrt werden soll. Dass es hierfür höchste Zeit ist, signalisieren jüngste Ergebnisse aus der sogenannten Epi-

genetikforschung: Hierbei steht die umweltbedingte Stilllegung oder vermehrte Aktivierung bestimmter Gene im Fokus, von der man annimmt, dass sie sich zum Teil über Generationen hinweg verfestigt. Das heißt, falsche Ernährung und mangelnde Bewegung unserer Gesellschaft könnten nachhaltig das Erkrankungsrisiko unserer Kinder und Kindeskinde erhöhen, und das gilt auch und gerade für Adipositas und Diabetes.

Neueste Erfolge der biomedizinischen Forschung geben aber auch Anlass zur Hoffnung. Während zurzeit verfügbare medikamentöse Behandlungen im Durchschnitt nur maximal fünf bis zehn Prozent Verringerung des Körpergewichts erreichen, gelingt es in vielen Fällen mit chirurgischen Methoden, wie einem Magenbypass, massive Adipositas rückgängig zu machen. Das für Wissenschaftler Erstaunliche daran ist die Beobachtung, dass sich nicht nur der Appetit, sondern auch der Zuckerstoffwechsel vieler dieser Patienten innerhalb von wenigen Tagen normalisiert. Lange bevor es überhaupt zu relevantem Gewichtsverlust kommt, können viele Patienten bereits auf ihre Insulinspritzen verzichten. Allerdings sind solche chirurgischen Eingriffe nicht risikofrei; und einmal durchgeführt, können sie nicht rückgängig gemacht werden. Häufiger als weithin bekannt, kommt es zudem zu Langzeitkomplikationen im Magen-Darm-Trakt, Unterzuckerung oder auch zu vermehrter Nieren- oder Gallensteinbildung.

Präzisionsmedizin auf Basis molekularer Erkenntnisse

Wissenschaftler arbeiten darum an der Entschlüsselung der Signalwege, auf denen die raschen Stoffwechselverbesserungen der Magenbypass-Chirurgie beruhen: Spezifische Kombinationen von Nerven- und Hormonsignalen aus dem Magen-Darm-System, die an bestimmten Schaltzentralen im Gehirn wirken, scheinen hier eine entscheidende Rolle zu spielen. Dementsprechend zeigt eine Reihe auf dem Boden dieser Erkenntnisse entwickelte Moleküle



Immer besser verstehen Wissenschaftler die molekularen Mechanismen der Diabetes-Erkrankung.

FOTO FOTOLIA/DIGITALGENETICS

mit multipler Hormonwirkung verblüffend ähnliche Erfolge im Tiermodell. Inzwischen werden einige solcher sogenannter „Polygonisten“ in klinischen Studien getestet. Man hofft, zumindest einen Teil der massiven chirurgischen Eingriffe durch solche voraussichtlich injizierbaren Therapien ersetzen zu können. Zusätzliche Elemente zukünftig verbesserter Therapieansätze könnten auch auf der Aktivierung von zusätzlicher Energieverbrennung im Fettgewebe beruhen. Was allerdings fehlt, sind verbesserte diagnostische Mittel, um im Sinne einer personalisierten Präzisionsmedizin frühzeitig zu bestimmen, welche Patienten am besten von welchem Polygonisten oder einem Magenbypass profitieren könnten oder wo Zelltransplantation die einzige Hoffnung bleibt.

Inzwischen ist offensichtlich, dass die molekularen Mechanismen fortschreitender Adipositas- und Diabeteserkrankungen ähnlich komplex sind wie die mancher Krebs-erkrankungen. Allerdings lassen sich bei Krebserkrankungen beispielsweise Tumoren entfernen und so spezifische genetische Informationen gewinnen, die wiederum die Entwicklung von Präzisionstherapeutika beschleunigen können. Bei metabolischen Erkrankungen liegen diese individuellen Informationen jedoch überwiegend in der Bauchspeicheldrüse, der Leber oder dem Hypothalamus der Patienten verborgen, was die Entwicklung einer personalisierten Stoffwechselmedizin verzögert. Um sich diesen Herausforderungen effektiv zu stellen, sind neue und unkonventionelle Strategien notwendig. Einen ganz neuen Ansatz bietet der

2017 eröffnete Helmholtz Pioneer Campus in München, der internationale Wissenschaftstalenten rekrutiert, um verstärkt auf interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ingenieuren, Chemikern, Mathematikern und Biomedizinern zu setzen. Konkrete Vision ist es, mit der Kombination neuester Stammzelltechnologie, innovativer Bildgebung, organoide Zellmodelle und zielgerichteter Präzisionspharmakologie die entscheidenden transformativen Durchbrüche zu erzielen, die Diabetes zu einer Erkrankung der Vergangenheit machen.

Professor Dr. med. Matthias H. Tschöp, Wissenschaftlicher Direktor Helmholtz Diabetes Center, Helmholtz Zentrum München, Lehrstuhl für Stoffwechselerkrankungen, Technische Universität München

Zivilisationskrankheit Diabetes: Prävention – aber wie?

Weltweit erkranken immer mehr Menschen an Diabetes-Typ-2. Dabei wäre die Entstehung der Stoffwechselerkrankung vermeidbar. Dafür bedarf es individueller Unterstützung und Rahmenbedingungen, die einen gesunden Lebensstil fördern.

Von Peter E. H. Schwarz

Längst hat sich Diabetes zu einer Zivilisationskrankheit entwickelt. Seit 1980 hat sich die Zahl der an Diabetes mellitus Erkrankten auf über 400 Millionen Erwachsene fast vervierfacht. Etwa 90 Prozent der Betroffenen leiden unter Diabetes-Typ-2. Die Ursache für diese Form der Stoffwechselerkrankung liegt in einer Insulinresistenz der Bauchspeicheldrüse. Der Zucker kann nicht mehr aus dem Blut in die Zellen weitergeleitet werden, und es kommt zu erhöhten Blutzuckerwerten. Unbehandelt kann die Krankheit zu schweren Folgekomplikationen wie Gefäß-, Nerven-, Nieren- und Sehschädigungen führen. Die Erkrankung tritt meist im Erwachsenenalter auf, doch die Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen steigt stetig an.

Wer täglich 10.000 Schritte läuft, kann vielen chronischen Krankheiten vorbeugen. Bewegung regt den Stoffwechsel in allen Muskelzellen an und beugt gleichzeitig gefährlichen Fettablagerungen an Bauch, Leber und Herz vor. 10.000 Schritte, etwa sechs bis sieben Kilometer, bedeuten einen bewegungsaktiven Alltag, sind jedoch für jeden erreichbar. Mit allein 1000 Schritten zusätzlich zur Alltagsroutine können Diabetiker ihren Blutzucker senken und die Einnahme von blutzuckersenkenden Medikamenten verringern. Das Potential von Bewegung ist enorm. Dabei muss es nicht immer Sport sein, oft genügt mehr Alltagsaktivität: Gehen, Hausarbeit, Tanzen, Spielen mit Kindern.

Mehr als die Hälfte der Diabetes-Typ-2-Erkrankungen lässt sich mit mehr sportlicher Bewegung oder Alltagsaktivität beziehungsweise einer Diät und einer Gewichtsreduktion vermeiden oder wenigstens hinauszögern. Dies zeigen großangelegte Studien aus Europa und den Vereinigten Staaten. Die medizinische Evidenz ist sehr überzeugend. Allerdings mangelt es an Aufklärung und konkreten Angeboten für den Verbraucher, einen gesunden Lebensstil umzusetzen. Maßnahmen auf zwei Ebenen sind deshalb notwendig: Einerseits müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Lebensstilintervention erleichtern. Andererseits braucht der Verbraucher konkrete Angebote, die ihm helfen, gesünder zu leben. Bewegung muss nichts kosten. Wir müssen also einen Weg finden, Bewegung mit Spaß und Freude zu verbinden.

Gesundheitsprävention mit neuen Technologien

Enorme Möglichkeiten bietet hier die Entwicklung intelligenter und mobiler Technologien im Gesundheitsbereich. So können motivierende Anwendungen wie Schrittzähler den Verbraucher bei der Umsetzung eines gesunden Lebensstils unterstützen. Auch Gesundheits-Apps verzeichnen exponentielle Zuwachsraten, denn sie treffen ein intuitives Bedürfnis der Nutzer. Diese Apps sind hilfreich, einfach zu handhaben und über

das Smartphone oder Wearables ständig greifbar. Die schier unbegrenzte Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen und neuartigen Gesundheitsprodukten weist bisher nicht dagewesene Chancen auf und hat das Potential, durch verbesserte Risikovorhersagen Interventionen gezielter und individueller zu gestalten.

Innovative Gesundheitspolitik ist gefordert

Neben den technischen Entwicklungen sind aber auch politische Rahmenbedingungen entscheidend für einen gesunden Lebensstil. Emotionales Marketing der Nahrungsmittelindustrie suggeriert häufig positive Gesundheitseffekte bei ungesunden Produkten. Der Verbraucher spricht auf solche Werbekampagnen sehr stark an, und es besteht kaum Haftung für die Irreführung des Konsumenten. Es ist originäre Aufgabe des Staates, Gesundheitsgefahren von seinen Bürgern abzuwenden. Mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus, ist eine Gesundheitsgefahr entstanden. Deshalb müssen wir als Gesellschaft die Ursachen angehen, um diese Gefahr abzuwenden.

Professor Dr. med. Peter E. H. Schwarz, Abteilung Prävention und Versorgung des Diabetes, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

HINTERGRUND ZUR DIABETES-ERKRANKUNG

1,5 Millionen

Todesfälle können pro Jahr als direkte Folgen der Diabetes-Erkrankung zugeordnet werden. Die Zahl soll in den nächsten zehn Jahren um mehr als 50 Prozent steigen.

80 Prozent

der Diabetestodesfälle addieren sich auf Länder mit niedrigen und mittlerem Einkommen. In Entwicklungsländern wird die Diagnose Diabetes meistens im Alter von 35 bis 64 Jahren gestellt.

Prävention

Typ-2-Diabetes kann vorgebeugt werden. Bereits dreißig Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Tag und eine gesundheitsbewusste Ernährung können die Risiken reduzieren.

422 Millionen

Menschen weltweit sind an Diabetes erkrankt. Diese Zahl steigt seit nunmehr über drei Jahrzehnten.

50 bis 80 Prozent

der Todesfälle von Diabetikern sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen.

90 Prozent

aller Diabeteserkrankungen sind Typ-2-Diabetes. In manchen Ländern betrifft fast die Hälfte aller Neuerkrankungen Kinder.

249 Millionen* Treffer sind keine Antwort.

Die Lösung: TheraKey® – Ihr Patientenportal mit gesicherten Informationen zu den großen Volkskrankheiten – exklusiv von Ihrem Arzt.

www.therakey.de



*Google-Anfrage zu Diabetes, Stand: April 2017

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

TheraKey®
360° Arzt-Patienten-Kommunikation

Innovationsfonds als Impulsgeber für das Gesundheitswesen

Der Gesundheitsversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mangelt es an Innovationsgeschwindigkeit. Das soll sich durch den Innovationsfonds ändern. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses spricht über die Zielsetzungen und die Startphase. *Das Interview führte Anna Seidinger*



Herr Professor Hecken, der Gemeinsame Bundesausschuss, dem Sie seit 2012 vorsitzen, ist in viele wichtige Entscheidungen für das deutsche Gesundheitswesen involviert. Das aktuell spannendste Thema dürfte der Innovationsfonds sein. Mit welchem Ziel wurde diese Fördermaßnahme aufgelegt?

Josef Hecken: Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Erreicht werden soll dies zum einen durch die Förderung von neuen Versorgungsformen, also Angeboten, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Insbesondere geht es dem Gesetzgeber hierbei um Vorhaben, die die Sektorengrenzen ambulant/stationär überwinden. Zudem sollen mit dem Innovationsfonds Forschungsprojekte gefördert werden, mit denen Erkenntnisse gewonnen werden, die zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung benötigt werden.

Sie können von 2016 bis 2019 die stattliche Summe 300 Millionen Euro jährlich vergeben. Welche Lücken in der Gesundheitsforschung und -versorgung sollen damit geschlossen werden?

Das Spektrum ist groß: Im letzten Jahr haben wir unter anderem folgende Förderschwerpunkte festgelegt: Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit, Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health sowie Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen. Für die Versorgungsforschung waren die Förderschwerpunkte beispielsweise die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Versorgung, die Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen, innovative Konzepte patientenorientierter Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag. Die Versorgungsforschung soll bestehende Lücken exakter beschreiben und Modelle entwickeln, um Defizite zu beheben. Anders verhält sich das im Bereich der neuen Versorgungsformen. Die mögliche Umsetzung innovativer Versorgungsprojekte in die Regelversorgung ist ein Element bei der Bewertung der eingereichten Anträge. Bei der Arbeit des Innovationsausschusses, der unter anderem mit der Formulierung der konkreten Förderbekanntmachungen, die Entscheidung über Förderanträge beauftragt ist, geht es also um das Anstoßen innovativer Ansätze, das Schließen von Erkenntnislücken und um die Schaffung von Evidenz.

Insgesamt sind in einer ersten und zweiten Welle 700 Förderanträge mit über 1,7 Milliarden Euro eingereicht worden. Wie darf man sich das vorstellen – im Hinblick auf die zu bearbeitende Menge und die Qualität der Anträge?

Hier muss man noch einen Schritt zurückgehen, um das Arbeitsvolumen in Gänge beurteilen zu können. Denn bereits vor Abgabe der ersten Projektskizzen und Förderanträge mussten zunächst die rechtlichen Vergabefragen geklärt, der Projektträger ausgeschrieben und beauftragt werden, die Verfahrensgrundlagen geschaffen und die Förderschwerpunkte formuliert werden.

Um dann die Vielzahl an Anträgen zu bewerten, war von allen Beteiligten nochmals ein enormer Kraftakt erforderlich. Das funktionierte nur durch die sehr ergebnisorientierte und reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem Expertenbeirat und dem Innovationsausschuss, dem zuständigen Arbeitsausschuss, der Geschäftsstelle und dem Projektträger. Sehr erfreulich war die hohe Anzahl sehr qualifizierter Anträge, die zeigen, welch hohes Innovationspotential vorhanden ist. Allerdings erschwerte die Vielzahl interessanter und vielversprechender Projektanträge auch die Auswahlentscheidungen. Dass uns der Start sehr gut gelungen ist, zeigt die Förderbilanz des ersten Jahres des Innovationsausschusses.

Nur ein Teil der 700 Anträge kann mit einem positiven Förderbescheid rechnen. Nach welchen Kriterien erfolgt die Auswahl?

Die Erfüllung der Förderkriterien ist die Grundvoraussetzung für einen positiven Förderbescheid. Diese Kriterien sind in den Förderbekanntmachungen festgelegt: Beispielsweise, dass es um ein häufiges oder

gravierendes Versorgungsproblem geht und die Projektergebnisse auf andere Regionen und Patientengruppen übertragen werden können. Die abgelehnten Projektanträge waren nicht schlecht oder untauglich, sondern im Wettbewerb mit anderen, noch besseren Anträgen unterlegen.

Wer ist in die Vergabe der Fördermittel eingebunden?

Über die Vergabe entscheidet der Innovationsausschuss. Dieser setzt sich zusammen aus drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, jeweils einem Vertreter der Kassenzentralen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, zwei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, einem Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie zwei Patientenvertretern. Die gewählte Konstruktion des Innovationsausschusses – ausdrücklich auch unter Einbeziehung der Bundesministerien – ist aus meiner Sicht ideal, um die Aufgaben zu bewältigen und vor allem dann auch die Umsetzung in die Regelversorgung zu bahnen. Und das Votum der Patienten hat sowohl im Innovationsausschuss wie auch im Gemeinsamen Bundesausschuss einen hohen Stellenwert. Beraten wird der Innovationsausschuss von dem vom Gesundheitsministerium berufenen Expertenbeirat: Er gibt Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen und dann auch zu den Förderentscheidungen ab.

Wie fällt Ihre Bilanz nach dem ersten Jahr aus? Was hat Sie persönlich am meisten überrascht?

Im Gesetzgebungsverfahren, mit dem der Innovationsfonds und der Innovationsaus-

schuss verankert wurden, wurde viel Kritik an dem Vorhaben geäußert, beispielsweise an der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit der finanziellen Förderung, an den Strukturen des Innovationsausschusses oder an der Form der Patientenbeteiligung. Dies setzte sich fort mit der Kritik an den ersten Förderbekanntmachungen. Nach dem Abschluss der ersten Förderwellen ist nun auf allen Seiten große Zufriedenheit mit der Arbeit des Innovationsausschusses und den getroffenen Förderentscheidungen feststellbar. Allerdings – und das schien für einige überraschend – ist eine genaue Prüfung der Finanzierungswünsche unabdingbar, wenn es um öffentliche Gelder geht.

Die Fördergelder werden regulär immer zur Mitte eines Quartals über das Bundesversicherungsamt ausgezahlt. Bei vielen Projekten läuft das gut, einige wenige tun sich noch schwer, die erforderlichen Erklärungen und Nachweise vorzulegen. Damit die Antragsteller der ersten Förderwelle trotzdem zügig mit Geld versorgt werden, gibt es einen außerplanmäßigen Auszahlungstermin Anfang Juli 2017. Voraussetzung für eine Auszahlung von Fördermitteln ist aber immer, dass die Projektverantwortlichen die erforderlichen Unterlagen vollständig und prüffähig vorgelegt haben.

Außerst positiv überrascht hat mich in diesem ersten Jahr insbesondere die Vielzahl der eingereichten Anträge, die ein enormes Innovationspotential im System aufzeigen. Und es gab innerhalb vieler Projekte Konstellationen von Antragstellern, die man zunächst nicht vermutet hätte. Beispielsweise haben niedergelassene Ärzte, Kliniken und Kassenverbände gemeinsam innovative Projektideen entwickelt.

Woran werden Sie am Ende den Erfolg des Innovationsfonds messen?

Die wichtigste Zielgröße ist, ob ein größerer Prozentsatz der durch den Innovationsfonds geförderten Projekte in größere Selektivverträge oder sogar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen kann. Nicht alle vielversprechenden Projekte werden in der Regelversorgung ankommen, doch auch aus dem Scheitern kann man wichtige Erkenntnisse für die Zukunft gewinnen.

Wie kann der Bürger beziehungsweise der einzelne GKV-Versicherte davon profitieren?

Die GKV-Versicherten profitieren vom Innovationsfonds durch die angestoßene Weiterentwicklung der derzeitigen Versorgungsangebote. Viele der geförderten Projekte haben enormes Potential und gehen weit über das hinaus, was wir bereits schon jetzt in der Versorgung in der GKV erreicht haben. Es profitieren alle Patientengruppen: von Kindern und Jugendlichen über Patienten mit komplexen und seltenen Erkrankungen sowie psychisch Erkrankte bis hin zu alten und hier vor allem auch mehrfach erkrankten Menschen. Sehr eindrucksvoll ist zum Beispiel ein Projekt, das als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen geeignet ist. Angesichts des Trends zur Verstärkung und einer kontinuierlich hohen bzw. steigenden Migrationsquote ist ein solcher Ansatz zukunftsweisend. Ein weiterer zukunftsweisender Bereich ist der Einsatz der Telemedizin, wenn es etwa um die akuten neurologische Versorgung von Patienten in ländlichen Gebieten mit telemedizinischer Unterstützung geht.

Ich bin absolut sicher, dass der Innovationsfonds ein sehr wertvoller Impulsgeber für die Weiterentwicklung und Beforschung unserer Versorgungslandschaft ist.

ZUM INNOVATIONSFONDS UND ZUM INNOVATIONSAUSSCHUSS BEIM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsmodelle, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Die Bundesregierung hat zu diesem Zweck einen Innovationsfonds aufgelegt. Die zur Verfügung stehende Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich. Hierbei sind 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen.

Die Mittel für den Fonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds getragen. Das Bundesversicherungsamt hat die Aufgabe, die Finanzmittel des Innovationsfonds zu verwalten. Der beim G-BA eingerichtete Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

FÖRDERUNG NEUER VERSORGUNGSFORMEN

Unter neuen Versorgungsformen im Sinne des Innovationsfonds versteht man Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden Modelle, welche die sektorenübergreifende Versorgung weiterentwickeln und Ansätze enthalten, die die Trennung der Sektoren zu überwinden, sowie solche, die innersektorale Schnittstellen optimieren. Voraussetzung für eine Förderung ist ein tragfähiges Evaluationskonzept. Die Evaluation der geförderten neuen Versorgungsformen soll Erkenntnisse liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

Auswahl themenspezifischer Förderungen der Versorgungsformen

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit
- Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health

Auswahl themenspezifischer Förderungen der Versorgungsforschung

- Versorgungsmodele für spezielle Patientengruppen:
 - ältere Menschen
 - Menschen mit psychischen Erkrankungen
 - pflegebedürftige Menschen
 - Kinder und Jugendliche
 - Menschen mit seltenen Erkrankungen
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Verbesserung der Kommunikation von Patientinnen und Patienten, und Förderung der Gesundheitskompetenz sowie Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen.

FÖRDERUNG VON VERSORGUNGSFORSCHUNG

Versorgungsforschung hat die Aufgabe, wissenschaftliche Grundlagen für Lösungen zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu schaffen. Versorgungsforschung wird hier verstanden als die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Versorgungsforschung bezieht sich auf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss; weitere Informationen: www.innovationsfonds.g-ba.de



Unsere Vision: Nicht der Tumor wächst, sondern die Überlebenschancen.

Als eines der führenden Gesundheitsunternehmen gehen wir in der Krebstherapie auch einen neuen, personalisierten Weg – mit der Immunonkologie. Dabei stärken wir das Immunsystem in der Fähigkeit, Krebszellen zu entdecken und zu bekämpfen. Unser Ziel ist es, mit dieser innovativen Therapie möglichst viele Tumorarten zu behandeln und dem Leben so neue Perspektiven zu ermöglichen.

Weitere Informationen finden Sie auf: immunonkologie.de