

## Inhalt:

- *Telemonitoring für chronisch Kranke*
- *Nicht-interventionelle Studien (NIS)*
- *Schwarz-Rot reloaded:  
Was erwartet die Akteure der  
Gesundheitswirtschaft in der neuen  
Legislaturperiode?*

Liebe HEALTH-EBS´ler/innen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

auch kurz vor dem Jahresschluss 2013 präsentieren wir wie gewohnt eine neue Ausgabe unseres HEALTH ECONOMIST. Diesmal blicken wir auf die gesundheitspolitisch relevanten Inhalte des Koalitionsvertrages der neuen Bundesregierung sowie auf die verschiedenen Typen von Arzneimittelstudien, insbesondere die nicht-interventionellen Studien. In einem Gastbeitrag von Marius Greuß – einem der Referenten unseres letzten Member-Meetings – wird das EU-Modellprojekt „Renewing Health“ zum Telemonitoring von chronisch Kranken aus Berlin vorgestellt. Wir hoffen, mit diesen Themen wieder etwas Lesestoff für die bevorstehenden – hoffentlich ruhigen – Tage des Jahreswechsels zu liefern. Ein herzliches Dankeschön an alle Autoren für ihre Beiträge.

Desweiteren möchten wir auf den Termin unseres Member-Meetings im Jahr 2014 hinweisen. Am 23./24. Mai treffen wir uns – hoffentlich wieder zahlreich – an der EBS in Oestrich-Winkel. Das Schwerpunktthema wird diesmal Qualität in der medizinischen Versorgung sein. Aktuell planen wir das genaue Vortragsprogramm, für das wir gerne auch wieder Beiträge aus unserem Mitgliederkreis aufnehmen. Die Einladung mit unserem Programm folgt dann voraussichtlich im März.

Wir wünschen allen Mitgliedern und Lesern eine schöne Weihnachtszeit sowie alles Gute für das Jahr 2014 – vor allen Dingen natürlich Gesundheit.

*Jürgen Merz  
(für den Vorstand von HEALTH EBS e.V.)*



**Marius Greuël**

Master Public Health  
Projektleiter Pflegewerk Berlin

Kontakt:  
Pflegewerk Berlin  
Wisbyer Str. 16/17  
10439 Berlin

E-Mail: [mg@medinet-berlin.de](mailto:mg@medinet-berlin.de)  
Tel.: +49 172 30 95 664

## Versorgungsmanagement

### Telemonitoring für chronisch Kranke

Im November 2010 startete in Berlin in Trägerschaft der Pflegewerk Berlin GmbH zusammen mit acht weiteren europäischen Partnerländern eine der größten europäischen Studien zur Erprobung von Telemonitoring. Ziel des EU-Projekts „Renewing Health“ ist die Implementierung eines auf Telemonitoring und sektorübergreifende Leitlinien basierenden Versorgungsmanagements für die Behandlung von chronisch kranken Patienten mit Diabetes Mellitus und COPD. Die von der europäischen Begleitforschung auf zwei Jahre veranschlagte randomisierte Studie mit einer sehr großen Teilnehmerzahl von insgesamt 8.000 Studienteilnehmern soll zum einen die Implementierungschancen bei einem ambulanten Primärversorger und zum anderen die Versorgungseffekte von Telemonitoring für chronisch Kranke untersuchen.

Wichtiges Ziel für die Bundesrepublik im Rahmen der Forschungsaktivität mittels randomisierter Studie ist der Transfer von telemedizinischen Anwendungen in die Regelfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Studiengruppe umfasst in Berlin einschließlich Kontrollgruppe rund 600 Teilnehmer. Das Projekt befindet sich im Abschluss und wird derzeit im Rahmen einer randomisierten Langzeitstudie ausgewertet. Erste Daten zeigen einen signifikanten Rückgang der Krankenhauseinweisungen, eine Verbesserung der Versorgungsqualität, die sich auch begründet durch die interdisziplinäre Datenlage durch eine zentrale elektronisch Fallakte, und eine hohe Nutzerzufriedenheit mit den Sets.

#### Quo vadis Telemedizin? RENEWING HEALTH in Berlin

Das Projekt umfasst mit Vorbereitung eine Laufzeit von 3 Jahren und ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 14 Mio. €. Für Berlin wurde ein Budget in Höhe von 1,3 Mio. € veranschlagt, bei dem jedoch der Träger Eigenmittel in Höhe von 50 % einbringen muss. Die neun Partnerländer sind neben Deutschland und Österreich, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland, Italien, Spanien und Griechenland.

Der Technologieeinsatz umfasst eine Vielzahl differenziert anwendbarer Technikmodule, die für ein lückenloses Telemonitoring sorgen: Vitalsensoren mit mobiler Datenübertragung, Steuerungskonsole und eine neuentwickelte elektronische Patientenakte. Technologiepartner ist die Health Insight Solution GmbH aus München, die derzeit vier EU-Projekte im Rahmen von Telemonitoring unterstützt und seit über zehn Jahren im Bereich der Gesundheitssensorik erfolgreich auf dem Markt ist. Projektpartner von Pflegewerk und Mediplus ist das Land Berlin, vertreten durch die Technologiestiftung Berlin (TSB), die bereits eine Vielzahl von telemedizinischen Projekten in Berlin und Brandenburg begleitet. Für die TSB ist dabei die gesundheitsökonomisch relevante Fragestellung bedeutsam, welche unmittelbaren Vorteile dem Land Berlin als Versorgungsregion zukünftig durch das Referenzprojekt Renewing Health mit dem Einsatz von Telemonitoring entstehen.

Die Pflegewerk GmbH wurde 1986 als sektorübergreifender Gesundheitsdienstleister gegründet und beschäftigt heute als privatwirtschaftliche Unternehmensgruppe deutschlandweit über 1.600 Mitarbeiter. Derzeit werden in Berlin rund 700 Patienten von 4 spezialisierten ambulanten Pflegediensten medizinisch in der eigenen Häuslichkeit oder im betreuten Wohnen betreut sowie 700 Patienten in neun Pflegeheimen.

Das Mediplus Gesundheitszentrums behandelt ca. 1.800 Patienten pro Quartal. Die Mediplus wurde im Jahre 2004 zum Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren und zur Umsetzung von integrierten Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen gegründet.



## RENEWING HEALTH – Schwerpunkte und Umsetzung

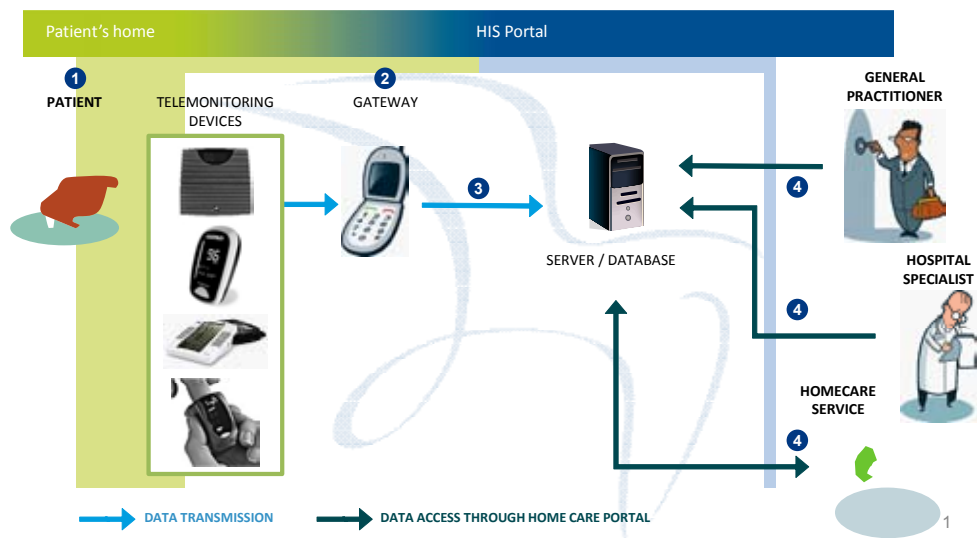
Gemäß dem internen Rating der EU für Methoden der Begleitforschung zählt das methodische Setting von Renewing Health aufgrund seiner Fokussierung auf ein klinisches Studiendesign und seiner sehr großen Studienpopulation mit insgesamt 7.900 Studienteilnehmern aus den neun Ländern als methodologisches Referenzprojekt der EU gesundheitsökonomische Evaluation.

Für die Überwachung der Vitalwerte erhalten die Patienten eine Bluetooth-unterstützte Sensorik. Gemessen werden je nach Bedarf und Indikation unter anderem Blutzucker, Sauerstoffsättigung, Gewicht und Blutdruck. In der randomisierten Studie soll auf Basis von klinischen Indikatoren ermittelt werden, wie sich Telemonitoring im Gesundheitsbereich medizinisch und ökonomisch auf die Klinikeinweisungen, die Zahl der Arztbesuche, auf Komplikationen und die Mortalität auswirkt. Zusätzlich werden Kriterien in Bezug auf einen Ländervergleich im Rahmen der Gesundheitssystemforschung erfasst und ausgewertet. Damit sollen Grundlagen für die Schaffung von europaweiten Standards für die Telematikinfrastruktur geschaffen werden.

Die Erfassung von Vitalwerten bei 400 Patienten mit Diabetes und COPD durch ein telemonitorisches System wird realisiert durch eine mobile, robuste und erprobte Lösung, die möglichst einfach vom Pflegepersonal zu bedienen ist und sich in die bestehenden Infrastruktur sowie die Arbeitsabläufe ohne großen Aufwand integrieren lässt. Dabei steht die direkte Datenübernahme beim Patienten im Vordergrund. Die Anbindung an eine zur Zeit in der Anpassung befindlichen elektronische Patientenakte sichert die Datenintegration in das lokale Arztinformationssystem (AIS) und optional auch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS), um so die Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft für den intersektoralen Datenaustausch telemonitorischer Informationen bei Ärzten und Kliniken zu erhöhen. Die Implementierung dieser modularen und flexiblen Gesamtlösung ist so ausgerichtet, dass sie bzgl. zukünftiger Entwicklungen und Bedürfnisse jederzeit erweiterbar ist, wie das nachfolgende Schaubild zeigt.



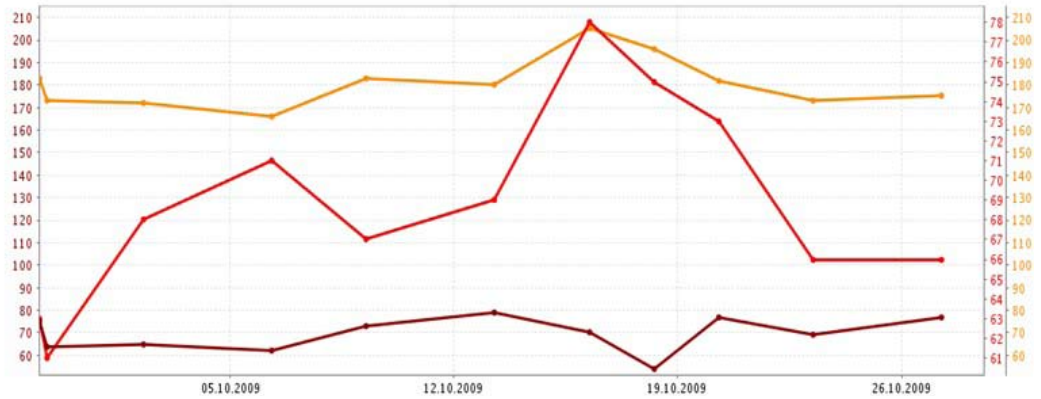
## Clusters 2: Diabetes Berlin (DE) ©



**Abb. 1: Technisches Realisierungskonzept**

Die entwickelte Lösung einer strukturierten Smartphone basierten Datenübertragung auch von Gruppen von Patienten sichert für Ärzte und Pflegepersonal einen hohen Synergieeffekt, da neben der Erfassung und dem Weiterleiten von Messdaten auch das gesamte Alarmmanagement über mobile Endgeräte realisiert werden. Dies umfasst die Eingabe von Daten in die Ereignisdokumentation (Diary) z. B. mit Blick auf Krankenhausaufenthalt, Notaufnahme, Besuche bei oder von Haus- und Fachärzten, Stürze, dauerhafter Einzug in ein Pflegeheim etc.

Der zuständige Haus- oder Facharzt erhält in der Regel wöchentlich die Verlaufskurve des Patienten, die auch Bestandteil der Pflegedokumentation ist (Abb. 2).



**Abb. 2: Das HIS PORTAL – Übersicht der aktuellen Messwerte der Vital- und Umfoldsensoren**

Das HIS PORTAL stellt als zentrale elektronische Fallakte für Pflegewerk die zentrale, innovative und webbasierte Telemonitoring-Plattform dar. Sie ermöglicht eine einfache und anwenderfreundliche Verwaltung der am Monitoring teilnehmenden Personen, der Wohnungen, der integrierten Sensoren und der eingehenden Messdaten z. B. durch Call-Center, Sozialstationen, Servicecenter etc. Das HIS Portal bietet u.a. folgende Features:

- Speicherung, Darstellung und Auswertung der Messdaten
- Personen/Patientenmanagement
- automatische Benachrichtigung über Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. Verletzung bestimmter Messwertgrenzen
- Möglichkeit des Setzens von Tendenzalarmen (z.B. 10% Gewichtszunahme in 30 Tagen)
- Eskalationsmanagement strukturiert mehrere Benachrichtigungswege im Falle eines Alarms und einer ausbleibenden Bestätigung
- Automatisches Versenden von Reports
- Individuelle Einstellung von Präventivnachrichten und Kommunikationswegen
- Definierte Nutzungs- und Zugriffsrechte und Rollenmodelle für autorisierte Personen
- Grafische Darstellung aller Messwerte
- Konfiguration der Notruf- und Servicehandys

Die Finanzierungschancen von Renewing Health in der Regelversorgung insbesondere mit Blick auf die dauerhafte Implementierung im Rahmen von Versorgungsmanagement, erscheinen vor dem Hintergrund der Finanzierungszusage von Telemedizin im aktuellen Koalitionsvertrag vom November 2013 mittlerweile als sehr günstig.

#### Weitere Informationen

[www.renewinghealth.eu/](http://www.renewinghealth.eu/)  
[www.dreaming-project.org/](http://www.dreaming-project.org/)  
[www.medinet-berlin.de](http://www.medinet-berlin.de)

*Marius Greuël*





**Martin Schneider**

Gesundheitsökonom (EBS)  
 Vertriebsleiter und  
 Prüfer (IHK München)  
 Kontakt:  
 LAPHARM GmbH  
 Pharmazeutische Produkte  
 Wittelsbacherstr. 9  
 83022 Rosenheim  
 Tel.: +49 (0) 8031 234 5527  
 Fax: +49 (0) 8031 234 5510

## Versorgungsmanagement

### Nicht-interventionelle Studien (NIS)

In diesem Artikel wird eine kurze Übersicht über nicht-interventionelle Studien (NIS) gegeben. Es gibt verschiedene Formen der NIS, die sich aus den unterschiedlichen Anforderungen ergeben

**Definition:**

Die NIS steht im Gegensatz zu der klinischen Prüfung bzw. interventionellen Studie (IS) der Phasen I bis Phase IV (§ 4 Abs. 23 Satz 1 AMG). Die NIS Phase IV (§ 4 Abs. 23 Satz 3 AMG) „ist eine Untersuchung, in deren Rahmen Erkenntnisse aus der Behandlung von Personen mit Arzneimitteln anhand epidemiologischer Methoden analysiert werden; dabei folgt die Behandlung einschließlich der Diagnose und Überwachung nicht von einem vorab festgelegten Prüfplan, sondern ausschließlich der ärztlichen Praxis...“ Jegliche vorgeschriebene Intervention (z.B. Veränderung der Standardmedikation, aber auch gezielte sportliche Betätigung) sind somit nicht Gegenstand einer NIS.

**Ziele einer NIS:**

Es sollen neue Erkenntnisse im Rahmen der routinemäßigen Anwendung unter Alltagsbedingungen erlangt werden. Dem Arzt soll sozusagen „über die Schultern geschaut werden“. Da Patienten immer älter werden, dadurch häufig mehrere Erkrankungen haben und mehrere Medikamente einnehmen, unterscheiden sie sich deutlich von den Studienpatienten, die in klinischen Prüfungen zur Zulassung der Medikamente geführt haben. Daher wird eine NIS zur

Beurteilung unter anderem von folgenden Punkten herangezogen:

- Auffinden von produktbezogenen Risiken von bekannten und unbekanntem Arzneimittelwirkungen nach Pharmakovigilanzkriterien,
- Versorgungsforschung (Therapiealltag),
- Untersuchung zur Praktikabilität,
- Beurteilung von Lebensqualität oder
- als Auflage durch Zulassungsbehörden (BfArM und PEI, vgl. § 28 Abs. 3 AMG)

**NIS-Typen:**

PAS – post-authorisation-study, meist als NIS verstanden (§ 4 Abs.23 Satz 3 AMG)

Sammeln von Alltagsdaten zur Langzeitüberwachung. Studien mit Beobachtungsplan.

Unterformen:

Anwendungsbeobachtung (AWB) nach § 67 Abs. 6 AMG, Kohortenstudien, Registerstudien u. a. Die Sonderstellung der AWB im AMG ist historisch gewachsen und in der Beschreibung redundant mit der NIS.

PASS – post-authorisation-safety-study (§ 28 Abs. 3 AMG)

Unbedenklichkeitsstudie (kann sowohl als NIS als auch als IS durchgeführt werden).

Eine Unbedenklichkeitsstudie ermittelt ein Sicherheitsrisiko bei einem zugelassenen Arzneimittel und überprüft die Effizienz von Risikomanagementmaßnahmen. Eine PASS kann

| Studientypen (Übersicht) |                           |                                   |                                   |   |  |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Präklinische Entwicklung | Klinische Phasen          |                                   |                                   | Post Marketing Surveillance<br>(z.T. Klinische Phase) |  |
|                          | Phase I                   | Phase II                          | Phase III                         | Phase IV  |  |
| Modelle                  | Probanden                 | Studienpatienten<br>selektioniert | Studienpatienten<br>selektioniert | Studienpatienten/<br>Alltagspatienten                 | Alltagspatienten                         |
| in vitro Studien         | Sicherheit                | Dosierung                         | Zulassung                         | Therapieoptimierungsstudien<br>Pharmakovigilanz       | Versorgungsforschung<br>Pharmakovigilanz |
| in vivo Studien          | Verträglichkeit           | Wirksamkeit                       | Vergleich zur Standardtherapie    |   |  |
| Prozessentwicklung       | Pharmakokinetik           |                                   | Zulassungserweiterung             | Versorgungsforschung                                  | PASS                                     |
| GMP Produktion           | Parmakodynamik            |                                   |                                   | PASS  | PAES                                     |
|                          | Dosis-Wirkungs-Verhältnis |                                   |                                   | PAES  | PAS incl. AWB, Registerstudien u.a.      |

Von diesen Studientypen sind andere Datenerfassungen zu unterscheiden, wie Marktforschung und Datensammlungen in QM-Systemen

angeordnet werden (BfArM und PEI, vgl. § 63g AMG). Eine PASS kann auch vom Zulasser veranlasst werden (§ 63f AMG).

PAES – post-authorisation-efficacy-studies (§ 28 Abs. 3a und 3b AMG)

Wirksamkeitsstudie (kann sowohl als NIS als auch als IS durchgeführt werden).

Bei der PAES wird die Wirksamkeit von zugelassenen Arzneimitteln überprüft. Eine PAES kann angeordnet werden (durch BfArM und PEI, vgl. § 63g AMG).

Eine PAES kann vom Zulasser veranlasst werden (§ 63f AMG).

**Anzeigepflicht (§ 67 Abs. 6 AMG):**

„Wer Untersuchungen durchführt, die dazu bestimmt sind, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener oder registrierter Arzneimittel zu sammeln, hat dies der zuständigen Bundesbehörde, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung unverzüglich anzuzeigen.“ Es besteht Anzeigepflicht, aber zum jetzigen Zeitpunkt keine Genehmigungspflicht (außer bei angeordneten PAES und PASS).

**Ethikvotum:**

Das AMG schreibt für NIS kein Ethikvotum vor. Nach den Richtlinien des BfArM wird aber ein begleitendes Ethikvotum empfohlen. Die Musterberufsordnung für Ärzte (§ 15 MBO-Ä) verlangt jedoch eine Beratung bei „Forschungsvorhaben“, wozu auch die NIS zu zählen ist. Dies bedeutet in der Regel die Vorlage eines Ethikvotums. Manche Ärztekammern legen Wert darauf, dass das Ethikvotum bei einer Ärztekammer eingeholt wird.

**Studienregister:**

Das AMG schreibt für NIS keine Registrierung vor. Hochwertige NIS, die publiziert werden und der Qualitätssicherung dienen, werden meistens in einem Studienregister, wie dem DRKS (Deutsches Register Klinischer Studien) veröffentlicht.

**Entlohnung:**

Die Entlohnung für die Dokumentation erfolgt nach Kriterien der einzelnen KVen (nach Zeitaufwand, Angemessenheit).

**Politische Diskussion:**

Der Nutzen von NIS wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Einzelfälle hatten in der Vergangenheit ein schlechtes Licht auf NIS in Form der alten AWB geworfen. Nach der neuen Rechtslage ist es nicht mehr möglich, eine NIS als Marketinginstrument zu gestalten. Die Entscheidung, einen Patienten in eine NIS einzubeziehen, hat von der Verordnung eines Arzneimittels klar getrennt zu erfolgen. Die Wahl für eine Therapie muss gefallen sein, bevor ein Patient in eine NIS eingeschlossen wird. Die Zunahme chronischer Erkrankungen bedingt aber die Dokumentation von Langzeitwirkungen und Wechselwirkungen von zugelassenen Arzneimitteln. Der Alltagspatient unterscheidet sich deutlich von dem selektionierten Patient der Zulassungsstudien. Direkt gesetzlich vorgeschrieben sind die „normalen“ NIS nicht (außer angeordnete PASS und PAES). Praktisch bedingen sie sich durch Pharmakovigilanzsystem (Richtlinie 2001/83/EG) und Qualitätsmanagementsystem (§ 21 AMWHV) des pharmazeutischen Unternehmers. Für den Arzt sind sie Bestandteil seines Qualitätsmanagements, insbesondere wenn er einem Organzentrum angeschlossen ist und durch dieses zertifiziert wird. Dies gilt insbesondere für NIS mit Ethikvotum und Registereintrag. Durch die strengeren Vorschriften des AMG und der Selbstbeschränkung der Industrie (Codex), sind die NIS zu einem tauglichen Instrument der Abbildung des Therapiealltags geworden.

Weitere Informationen zum Thema Studien (NIS und IS) findet man unter <http://www.bfarm.de>

**Martin Schneider**





**Jürgen Merz**

Krankenkassenfachwirt, Gesundheitsökonom (EBS) Gruppenleiter Politik/Verbände/Patienten der AOK Hessen

**Kontakt:**  
Im Großen Ramsee 31  
65428 Rüsselsheim  
Tel.: 0171 - 5119471  
E-Mail: Merz-ruesselsheim@arcor.de

## Gesundheitspolitik

### **Schwarz-Rot reloaded: Was erwartet die Akteure der Gesundheitswirtschaft in der neuen Legislaturperiode?**

Kurz vor dem Jahresende 2013 begann mit der erneuten Wahl von Angela Merkel zur Bundeskanzlerin eine weitere Regierungszeit einer Koalition aus CDU, CSU und SPD. Wir erinnern uns: Das letzte schwarz-rote Bündnis von 2005 bis 2009 sorgte auch im Gesundheitswesen für überraschende Neuerungen: Mit einem Preismoratorium und einem höherem Herstellerrabatt wurde beispielsweise die pharmazeutische Industrie spürbar stärker in die Pflicht genommen, einen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV zu leisten. Und auch die Finanzarchitektur der GKV wurde mit dem Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen der Krankenkassen radikal verändert. Wohlgermerkt: Keiner dieser Punkte fand sich vorab im Koalitionsvertrag für die damalige 16. Legislaturperiode.

So bleibt natürlich auch diesmal die Frage spannend, ob die große Koalition vielleicht erneut Großes im Gesundheitswesen bewegen wird, das bislang überhaupt nicht im Fokus der Aufmerksamkeit steht. Doch bis auf Weiteres bleibt zunächst die Bewertung der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag, der mit dem historisch bislang einmaligen Mitgliederentscheid der SPD endgültig beschlossen wurde. Hierin findet sich eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen für das Gesundheitswesen – im Übrigen nicht nur im Kapitel 2.4 unter der Überschrift „Gesundheit und Pflege“, das unter Federführung von Jens Spahn (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) verhandelt wurde.

Welche Neuregelungen haben die einzelnen Akteure der Gesundheitswirtschaft in der neuen Legislaturperiode zu erwarten? Wer dürfte Gewinner, wer eher Verlierer sein? Im Folgenden eine erste Einordnung und Bewertung:

Zu den „Gewinnern“ dürften sicherlich die **Hausärzte** gehören. Deren privilegiertes Vertragskonstrukt, die „hausarztzentrierte Versorgung“, wird fortgeführt. Zudem sollen die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen reformiert werden, so dass Haus- und Fachärzte jeweils eigenständig über ihre Belange entscheiden können. Damit könnte die immer wieder kritisierte Dominanz der Fachärzte gegenüber den Hausärzten in der ärztlichen Selbstverwaltung überwunden werden. Ob hierdurch die Einheit der KVen gesichert werden kann oder dies nur den ersten Schritt in ein (faktisch) gegliedertes System aus Fach- und Hausarzt-KV darstellt, bleibt abzuwarten. Die KVen werden desweiteren in die Pflicht genommen, eine Terminservicestelle einzurichten, die bei einer ärztlichen Überweisung innerhalb einer Woche einen Termin bei einem Facharzt vermittelt, für den dann nicht länger als vier Wochen Wartezeit bestehen soll.

Den **Krankenhäusern** steht eine Vielzahl von Einzelregelungen bevor, mit denen insbesondere die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden soll. Hierzu soll „Qualität“ als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich verankert werden. Desweiteren soll ein neues Qualitätsinstitut gegründet werden und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen verständlicher gestaltet werden. Für besonders gute Qualität sollen Vergütungszuschläge möglich werden und Krankenkassen sollen modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abschließen. Die eigentlich heiklen Fragen zu Struktur und Finanzierung der deutschen Krankenhauslandschaft wurden hingegen vertagt und sollen von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe bis Ende 2014 bearbeitet werden. Hier könnte durchaus Sprengkraft vorhanden sein, schließlich prallen durch die Verantwortung der Länder für die Finanze-



**Jens Spahn (links im Bild) und Prof. Karl Lauterbach bei der Vorstellung der Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen zum Thema Gesundheit**

rung der Investitionskosten gewichtige (Spar) Interessen auf die Forderungen der Krankenhäuser. Und auch die Krankenkassen dürften kaum länger gewillt und in der Lage sein, den aufgelaufenen Sanierungsbedarf indirekt über ihre DRG-Entgelte und Mengenausweitungen zu bestreiten.

Für die **pharmazeutische Industrie** umfasst der Koalitionsvertrag sicherlich Licht- und Schattenseiten. Der von ihr geforderte Verzicht auf eine Nutzenbewertung des Bestandsmarktes ist zwar vereinbart, muss aber durch ein fortbestehendes Preismoratorium und einen Herstellerabschlag von 7% „erkauft“ werden. Zwar ist vorgesehen, diese Regelung jährlich zu überprüfen. Faktisch ist allerdings in den kommenden Jahren angesichts der schwieriger werdenden Finanzlage der GKV nicht mit einer Abschwächung dieser Kostendämpfungsinstrumente zu rechnen. Zur Erinnerung: Auch unter der bisherigen schwarz-gelben Bundesregierung wurden die Kostendämpfungsregelungen formal jährlich überprüft und jeweils verlängert – und dies bei deutlich günstigerer Finanzlage der GKV. Für **Apotheken** soll das heutige Fremd- und Mehrbesitzverbot bestehen bleiben.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** werden sich auf eine neuerliche Veränderung ihrer Finanzarchitektur einstellen müssen. Erforderliche Zusatzbeiträge sollen künftig nur noch einkommensbezogen – also prozentual – erhoben werden und mit dem bisherigen Sonderbeitrag der Mitglieder in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten zusammengeführt werden. Die Herausforde-

rung wird nun darin bestehen, einen Einkommensausgleich zu installieren, der sicherstellt, dass Krankenkassen mit sozial schwachen Mitgliedern bei der Erhebung von prozentualen Zusatzbeiträgen im Wettbewerb nicht strukturell benachteiligt werden.

Auffällig – aber angesichts der sich gegenüberstehenden Positionen der Koalitionspartner auch nicht verwunderlich – ist das Fehlen jeglicher Aussagen zum Verhältnis von GKV und PKV. Hier dürfte das bestehende „Nebeneinander“ im Status quo weitgehend erhalten bleiben; das SPD-Modell einer Bürgerversicherung war bei den Koalitionsverhandlungen chancenlos.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass große Überraschungen oder grundlegende Systemveränderungen im Gesundheitswesen durch den Koalitionsvertrag nicht abzusehen sind. Weder wurde ein Sparpaket geschnürt, noch Honorarversprechungen gegeben. Viele vereinbarte Einzelregelungen werden in ihrer Wirkung und Tragweite von der konkreten gesetzestechnischen Umsetzung abhängen. Und etliche Themen wurden lediglich als „Hausaufgaben“ der gemeinsamen Selbstverwaltung auf die Agenda gesetzt bzw. in die angesprochene Bund-Länder-Arbeitsgruppe verlagert. So bleiben also in den kommenden vier Jahren durchaus Gestaltungsoptionen sowie Zeit und Raum für Überraschungen

**Jürgen Merz**





**Die neue Leitung  
des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG):****Hermann Gröhe**

Neuer Bundesgesundheitsminister ist der bisherige Generalsekretär der CDU Hermann Gröhe.

**Annette Widmann-Mauz**

Annette Widmann-Mauz (CDU) bleibt Parlamentarische Staatssekretärin im BMG.

**Ingrid Fischbach**

Neu hinzu kommt in dieser Funktion die CSU-Abgeordnete Ingrid Fischbach.

**Lutz Stroppe**

Beamteter Staatssekretär im BMG wird Lutz Stroppe, der bislang im Bundesfamilienministerium in gleicher Funktion tätig war.

**Karl-Josef Laumann**

Karl-Josef Laumann, bisher Vorsitzender der CDU-Fraktion in Nordrhein-Westfalen, wird Beauftragter der Bundesregierung für Pflege und Patienten im Rang eines beamteten Staatssekretärs.



## Terminankündigung:

**Das Member-Meeting 2014 von HEALTH EBS findet  
am 23./24. Mai 2014 (Freitag/Samstag) an der  
EBS in Oestrich-Winkel statt.**

**Programminformationen und Einladung folgen.**



## Impressum

### HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von  
HEALTH EBS e.V.  
Alumni-Vereinigung der  
gesundheitsökonomischen  
Studiengänge der EBS  
Universität für Wirtschaft  
und Recht

**Kontakt:**  
HEALTH EBS e.V.  
c/o Jürgen Merz  
Im Großen Ramsee 31  
65428 Rüsselsheim  
[www.health-ebs.de](http://www.health-ebs.de)

**Layout/Gestaltung:**  
Print-Medien-Design-Brösicke  
Stefan Brösicke  
Auf der Hardt 7  
51580 Reichshof

**Fotos:**  
© M. Schuppich - Fotolia.com  
bbroianigo / pixelio.de  
© Gerhard Seybert - Fotolia.com  
© VRD - Fotolia.com  
© Marco2811 - Fotolia.com