Diskussionsrunde „Qualität und Patienten im Fokus“ des MVF-Kongresses „Qualität 2015“

Holzgreve: „Patienten als Partner wahrnehmen“



Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin



Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost



Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes)

>> Roski: Meine Damen und Herren, ich eröffne die Podiumsdiskussion.

Schüürmann: Ich möchte eine Sekunde innehalten beim Punkt der Partnerschaft und dem Begriff Verantwortung und Haftung. Das Problem ist, dass die Haftung im Patientenrechtegesetz weiter auf den Behandler verschoben und noch mal mehr ausgestaltet worden ist. Partnerschaft finde ich toll und ich bin auch immer froh, wenn der Patient entsprechend auf Augenhöhe mitredet. Das Einzige, was mir dabei fehlt, ist die Haftung und die Verantwortung. Die bleibt vollständig bei mir als Arzt, denn in der Gesetzgebung ist an der Stelle für den Patienten nichts vorgesehen. Das sollte man gleichziehen. Dann sind wir sofort und alle dabei.

Neugebauer: Das ist eine richtige Bemerkung. Da haben wir einen Nachholbedarf. Darum müssen wir uns darum kümmern, das stimmt.

Diel: Das betrifft die berufliche Haftung. Das andere ist: Verantwortung zu übernehmen. Es ist für Ärzte oft nicht befriedigend, wenn sie sich bemühen und am Ende die Patienten zum Beispiel weiterrauchen oder die Medikamente nicht einnehmen. An der Stelle darf man als Arzt nicht empfindlich sein. Doch wenn man hinterher dafür verantwortlich gemacht wird, dass das Ergebnis nicht stimmt, dann wird es heikel.

Roski: Was sagt der Patientenvertreter, Herr Strunz?

Strunz: Sie haben natürlich Recht. Aus Sicht des Arztes ist wichtig, dass der Patient sich so verhält, wie es der Arzt empfiehlt und für richtig hält und wenn die Compliance stimmt. Das ist wirklich ein Problem bei Patienten, die aus – sagen wir mal vorsichtig – unteren sozialen Schichten kommen. Ich kann mir vorstellen, dass man als Arzt gegenüber einem solchen Phänomen machtlos ist. Die Unterschiede bei der Wahrnehmung der Möglichkeiten, die unser Gesundheitssystem bietet, sind eben stark abhängig von der sozialen Schicht. Das haben viele Untersuchungen bewiesen. Alleine in der Frequenz der Arztbesuche unterscheiden sich Menschen aus höheren sozialen und unteren sozialen Schichten gar nicht. Nur: Sie gehen anders zum Arzt. Menschen aus unteren sozialen Schichten gehen zum Arzt, wenn sie Schnupfen und relativ geringe Erkrankungen haben, und vernachlässigen z.B. Vorsorgeuntersuchungen. Und leider folgen sie nicht so häufig den ärztlichen Empfehlungen.

Roski: Was sagt die Krankenkasse, die das bezahlen muss, Herr Möhlmann?

Möhlmann: Zuerst einmal: dass die Krankenkasse gar nichts bezahlt, sondern dass alles, was die Krankenkassen ausgeben, vorher vom Versicherten und dessen Arbeitgeber abgegeben worden ist. Auch heute Nachmittag tendiert die Diskussion wieder in eine Richtung, dass wir die selbst gelegte Latte so hoch legen, dass wir sie in jedem Fall mit Sicherheit reißen. Die Krankenkassen haben auch die Aufgabe, den Ausgleich zwischen den Patienteninteressen und den Versicherteninteressen zu organisieren. Um auf der kollektiven Ebene zu beginnen: Was wird passieren, wenn es zu einer Reform der Selbstverwaltung kommen sollte? Und wenn in einer Art Liquid Democracy die Vertreter in die Verwaltungsräte der Krankenkassen gewählt werden? Dann werden wir eine richtige Schärfe zwischen den dichotomen Ausprägungen von Patienten- und Versicherteninteressen bekommen. Dann sind vermutlich viele der Dinge, die wir heute diskutieren, weit außen vor. Wir müssen miteinander aufpassen, dass wir nicht abheben, denn alles zahlt die Krankenkasse eben nicht.

Wenn jetzt darüber diskutiert wird, dass die sozialen unteren Schichten eigentlich gar nicht befähigt sind, patientensouverän zu sein, dann bin ich irgendwie stark daran erinnert, wie das US-amerikanische System in der Vergangenheit funktionierte. Dort ging es häufig schlicht um den fehlenden Zugang. Darum müssen wir sehr genau aufpassen, wie wir Patientensouveränät, das Recht auf Uninformiertheit und auch das Recht auf Nichtbefasstheit ausgleichen. Als letzter Gedanke an der Stelle: Wir müssen uns genauer mit dem Begriff Patientensouveränität befassen. Ich bin als Souverän kein Konsument, der aus einem vorgegebenen Angebot wählt, sondern meine Souveränität sind meine Präferenzen, um deren Erfüllung es geht. Wie äußere ich aber als Patient souverän meine Präferenz, wenn ich gerade leide? Das sind wichtige Fragen, an deren Evaluation sich die Krankenkassen gerne beteiligen würden, zum Beispiel um zu erfahren, wie eine andere Gesprächskultur in der Praxis zu organisieren sein könnte.

Holzgreve: Es gibt keine Alternative zu einer geänderten Gesprächskultur. Wir werden in Zukunft den Patienten als Partner wahrnehmen müssen, und zwar unabhängig von sozialen Schichten. Aber ich komme noch mal auf das zurück, was Herr Schüürmann gesagt hat. Es ist natürlich so, dass man viel mit dem Patienten diskutieren und dann dokumentieren muss, um nachweisen zu können, warum und wann der Arzt vom Behandlungsplan abgewichen ist. Oder wenn es um eine wichtige Entscheidung geht, ob zum Beispiel eine Operation gemacht wird oder nicht oder welches Verfahren warum angewandt worden ist. Ich will das nicht als Kehrseite bezeichnen, aber die Dokumentation wird ausschlaggebend sein. Ansonsten sind spätere juristische Verwicklungen unausweichlich.

Diel: Darüber müssen wir unbedingt ins Gespräch kommen. Und dazu brauchen wir die Patientenvertreter. Wir müssen miteinander herausfinden, wo ein gesundes Maß an Aufklärung einerseits und Verantwortungsübernahme andererseits anzusiedeln ist. Wir dürfen auch nicht in Richtung einer sogenannten Defensivmedizin laufen, die nur noch auf Absicherung orientiert ist. Dann liefen wir in die Richtung, dass Gynäkologen keine Geburtshilfe mehr machen und Hebammen keine Hausgeburten mehr begleiten. Darum müssen wir über die Partnerschaft Arzt/Patient meines Erachtens gesellschaftlich eine viel stärkere Diskussion führen. Auch vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen und Herausforderungen, denen wir beispielsweise mit Flüchtlingen und Migranten gegenüberstehen, die an unserem Gesundheitssystem teilnehmen. Hier ist eine wichtige Diskussion zu führen, die jedoch im Grunde nicht nur das Gesundheitssystem betrifft.

Neugebauer: Das hört sich vielleicht ein bisschen weit aus dem Fenster gelehnt an, wenn ich das so ganz stark fordere. Doch wenn wir das nicht tun, werden wir diesen Schritt auch nicht gehen. Man kann jetzt natürlich wieder argumentieren, in welche Schwierigkeiten ich gerate, wenn ich dem Patienten ein bisschen mehr Mitspracherecht gebe. Auf der anderen Seite kann ich argumentieren, dass hier eine Riesenchance besteht, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wiederherzustellen, das zunehmend auch durch diese ganze IGeLei und viele andere Fehlverhaltensweisen in Misskredit geraten ist. Wir haben bei uns in Deutschland viel zu wenig sogenannte Entscheidungshilfen – Decision Aids. Es gibt ein paar, aber vorwiegend nur in Englisch. Aber es gibt überhaupt keine Vertrauensstelle, bei der sich ein Patient objektiv und evidenzbasiert informieren kann. Das hat nicht nur mit medizinischem Wissen, sondern mit eigenen Werten und Präferenzen zu tun. Es gibt auch Untersuchungen, die zeigen, dass ein Patient, der zuvor mit dem Arzt geredet hat, weniger klagt.

Roski: Ist es denn in der Versorgungsforschung überhaupt gut erforscht, ob die gemeinsame Entscheidungsfindung tatsächlich zu besseren Entscheidungen führt?

Neugebauer: Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist für Deutschland nicht gut erforscht. Wir laufen in der Versorgungsforschung anderen Ländern wie Holland, England oder Finnland hinterher, weil wir nie die richtigen Förderprogramme und nie ausreichend Mittel zur Verfügung hatten. Deswegen hoffen wir auf den Innovationsfonds, der für die Versorgungsforschung zumindest finanziell so etwas wie ein Geburtshelfer ist. Doch die wissenschaftliche Potenz in der Versorgungsforschung ist vorhanden, um genau solchen Fragen noch stärker nachzugehen.

Strunz: Ich glaube, dass es in Bezug auf partizipative Entscheidungsfindung keinen Weg zurück gibt. Entscheidend sind die Zufriedenheit und die Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten. Früher gab es ein besseres Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, weil es weniger aufgeklärte und informierte Patienten gab. In der Regel blieb dann einem Patienten nichts anderes übrig, als dem Arzt aufgrund der komplexen Behandlungssituation zu vertrauen. Die Situation, die wir heute zwischen Arzt und Patient erleben, ist eine Art Zwischensituation. Die Ärzte sind gerade dabei, ein neues Rollenverständnis zu finden, ebenso ist der Patient dabei, das Verhältnis zu sich selbst und zum Arzt zu finden und neu zu definieren. Das prägt die Situation, in der wir uns befinden. Natürlich würden positive Forschungsergebnisse zur partizipativen Entscheidungsfindung der Sache gut tun, aber soweit auch ich weiß, gibt es da Nachholbedarf.

Schrappe: Ich möchte mit Vorsicht darauf hinweisen, dass der größte oder zumindest ein sehr signifikanter Teil dieser Arzt-Patient-Beziehung eine organisatorische Leistung ist. In Zukunft wird es so sein, dass die Patienten in einem gut strukturierten Netz schon vorher die Möglichkeiten haben, Fragen zu stellen, es ein Patientenbeschwerdeinstrument gibt, und Möglichkeiten auch nach dem Arztgespräch, weiterführende Informationen zu erhalten. Einfach, weil es heute schon klar ist, dass Fragen aufkommen werden. Die Antworten muss aber nicht unbedingt der Doktor geben, das kann ein anderer übernehmen. Das ist eine rein organisatorische Leitung. Ein auf Kommunikation ausgerichtetes Krankenhaus ist nicht allein Sache des heldenhaften Arztes, sondern es ist ein allgemeiner Eindruck einer anderen Kultur.

Neugebauer: Das ist gut zusammengefasst. Die Strukturen in einem Krankenhaus sind dem Gesundheitswesen als solchem und einem normalen Patienten erst recht überhaupt nicht bewusst. Wir brauchen darum jemanden, der den Patienten in dieser für ihn fremden Struktur begleitet, der ihm hilft. Das muss aber nicht unbedingt der Arzt sein, das kann auch eine andere Stelle sein. In UK wird das tatsächlich in einer Art Consulting-System gelebt. So etwas könnte es möglicherweise auch bei uns am Ende unseres Entwicklungsprozesses geben. Das wird aber dann nicht nur den medizinischen, sondern den ganzen Umgebungsbereich betreffen.

Porzsolt: Ich wollte noch mal den Punkt der Patientenpräferenz ansprechen, weil wir doch klar herausgearbeitet haben, dass die Patientenautonomie zu beachten ist. Gerade vorhin kam in einem Beitrag der Hinweis, ob denn vielleicht auch die Autonomie des Arztes zu berücksichtigen ist. Ich gebe Folgendes zu bedenken: Die Entscheidung, ob ein Patient in eine randomisierte Studie eingebracht wird, hängt davon ab, welche Präferenz der Arzt und welche Präferenz der Patient hat. Das, was wir unter evidenzbasierter Medizin verstehen, beruht auf einer Erkenntnis, die auf der Teilnahmebereitschaft von ungefähr einem Prozent der Patienten und Ärzte beruht. Da denken wir immer nicht dran, weil wir nur über randomisierte Studien sprechen als



Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln



Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer



Dr. Willibert Strunz, Geschäftsführer LAG SELBSTHILFE NRW e.V.



Dr. Regina Diel, KBV



Diskussionsrunde „Qualität und Patienten im Fokus (v.li.): Dr. Willibert Strunz (LAG), Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer (DNVF), Dr. Regina Diel (KBV), Prof. Moderator Dr. Reinhold Roski (MVF), Harald Möhlmann (AOK Nordost) Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes) und Hans-Holger Bleß (IGES).



Prof. Dr. Franz Porzsolt, Klinik für Allgemein-und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm



Dr. Ch. Schüürmann, 1. Vorsitzender BNC



Dr. Wolfgang Eckert, bis 2014 KV-Vorsitzender in Mecklenburg-Vorpommern

wissenschaftliche Evidenz. Aber wenn man mal in die Praxis geht und weiß, wie die entstanden sind, diese Studien, dann gewinnt der Begriff Präferenz und Autonomie von Personen eine erhebliche Bedeutung. Hat der Patient nur deshalb eine besondere Autonomie, weil er krank ist? Oder hat ein Gesunder auch eine Autonomie?

Möhlmann: Die grundsätzliche Frage können wir hier wie auf jedem dieser Foren und auf jedem dieser Podien unendlich vor uns her rollen. Die Frage kann man berlinerisch mit Kästner beantworten: Wo bleibt denn das Gute? Das war sozusagen Kästner 1. Und um mit Kästner 2 zu antworten: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es. Deswegen fände ich es absolut hilfreich, wenn wir einen Zwischensprint beim Aufholen in der Versorgungsforschung einlegen könnten. Wir haben ein Defizit, aber eines, das wir auch dadurch überwinden können, indem wir endlich einmal konkret werden. Das, was Prof. Porzsolt gerade gesagt hat, ist doch richtig: bei Studien zu hinterfragen, wer denn da befragt worden ist. Wir stellen diese RCT-Studien als gesetzt und vollkommen neutral und korrekt in den Raum und die daraus entstandenen Schlussfolgerungen auch. Meine Vorstellung wäre es, das einmal zu operationalisieren: Wie organisieren wir gute, praktikable Versorgungsforschung – vielleicht gemeinsam mit den hier anwesenden Vertretern der KVen, der Kassen, des G-BA? Lassen Sie uns gemeinsam an der Frage arbeiten, wie wir eine Art Labor zustande bringen könnten, um genau diesen Fragen nachzugehen.

Strunz: Wie autonom sind die Patienten wirklich? Oder: Wie autonom wollen und können die Patienten wirklich entscheiden? Ich habe eine Statistik vor Augen, nach der die Niederlande zurzeit die Gesundheitssysteme in Europa anführen, die eine Art Chaossystem haben. Da habe ich mir gedacht: Wie funktioniert denn das? Die Antwort: Holländer gehen ganz anders mit Krisensituationen um oder mit Situationen, in denen sie persönlich Verantwortung oder Entscheidungen übernehmen müssen. Die können, weil sie entscheiden können, mit einem Chaossystem umgehen. Die Hilflosigkeit bei deutschen Patienten ist viel höher als bei niederländischen Patienten.

Möhlmann: Und was ist jetzt richtig?

Holzgreve: Wir müssen auch bei diesen Diskussionen wieder aufpassen, dass wir nicht zu sehr abheben von der Realität. Die Frage ist, wie viele Patienten sind das eigentlich, über die wir hier reden. Es gibt überhaupt keine Alternative, wenn ein Patient Fragen an den Arzt hat und wenn er sich mit ihm unterhalten möchte, dass dieses Gespräch zustande kommt. Aber es wird auch in Zukunft in Deutschland noch viele Ärzte geben, die das nicht können, unabhängig von der tatsächlich zur Verfügung stehenden Zeit.

Schüürmann: Herr Prof. Neugebauer, wenn ein Arzt im Krankenhaus an Ihnen vorbeiläuft, dann muss man sich vielleicht noch mal den Bruchteil einer Sekunde die Frage stellen, ob der überhaupt noch im Dienst ist.

Neugebauer: Das weiß der Patient aber nicht.

Schüürmann: Das ist mir egal. Der Patient soll doch Partner sein. Mir ist es 15 Jahre lang mit ungefähr 100 Stunden pro Woche Klinikarbeit (teilweise auf meinem Lohnstreifen wiederzufinden) so gegangen – bis das entsprechende Gesetz kam. Da war es dann tatsächlich so, dass auch ich vorbeigegangen bin – wenn es dann abends halb neun war und ich eigentlich um vier Uhr Schluss hatte. Das muss ich zugeben. Zum anderen Kommentar, wie der Patientenkontakt in der Zukunft aussieht. Aus meiner Sicht wird es so sein, dass der Arzt-Patienten-Kontakt zunehmend korrekter wird, jede Empathie verliert, leitliniengemäß abgewickelt wird und in besser organisierten, größeren Einheiten – meist von teilzeitarbeitenden Ärzten erbracht – stattfinden wird. Das wird kein Vorteil für den Patienten sein.

Eckert: Wolfgang Eckert, bis vor einem Jahr KV-Vorsitzender in Mecklenburg-Vorpommern. Zunächst bin ich froh, dass Herr Möhlmann auf den Konflikt zwischen Patient und Versicherter hingewiesen hat. Dies ist ein großer Konflikt, den Sie in der Hausarztpraxis jeden Tag erleben können: Sparen ja, umstellen auch, aber bei mir bitte nicht. Das Zweite, das ich in meiner Funktion als KV-Vorsitzender erlebt habe, ist, seitdem die Patientenvertretungen eingeführt worden sind, gibt es

immer mehr den sogenannten Patienten von Berufs wegen. Und die arbeiten anders als die, die wirklich irgendwie durch die Geschichte des Leidens zu Patientenvertretern geworden sind.

Doch nun zum Thema Qualität: Es gibt keinen Arzt, der keine Qualität liefern will. Aber sind die Bedingungen in unserem Gesundheitswesen so, dass er das sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis auch kann? Ich muss als Hausarzt als Erstes das Problem des Patienten erkennen. Erst dann kann ich tatsächlich auch Qualität liefern. Doch ob ich’s erkenne, hängt von Bedingungen ab, Da gibt es auf der einen Seite den revoltierenden Patienten im Wartezimmer und auf der anderen die Schwester, die auf die Uhr schaut und darauf hinweist, dass immer noch 20 Patienten im Wartezimmer sitzen. Wenn ich in dieses System keine Steuerung von Patientenströmen bekomme, wird der Arzt auf Dauer keine Qualität liefern können. Doch diese Steuerung verweigert die gesamte Politik. Denn jeder kann, wann er will, zu jedem Arzt gehen. Dieser sogenannte Massenunfall passiert in jeder Hausarztpraxis jeden Montagvormittag. Das nächste Problem bei einem Patienten aus der unteren Intelligenzschicht ist das Folgende: Der Patient aus der unteren Bevölkerungsschicht kommt, wenn er Schmerzen hat und wenn er ein Leidensgefühl hat. Der Patient aus der oberen Schicht kommt dagegen, wenn er Symptome feststellt. Insofern sind die Bewegungsansätze etwas unterschiedlich. Aber wenn wie und wann: Wenn ich als Arzt mit dem Patienten als Kooperationspartner umgehen soll, muss die Politik Bedingungen schaffen, mit denen ich das auch kann. Ich brauche einfach mehr Zeit als die Fünfminutenmedizin, die ich als Hausarzt habe.

Neugebauer: Das stimmt. Hundertprozentig einverstanden. Ich habe die Hoffnung, dass hier die neuen Gesetze, die ja in Vorbereitung sind, eine gute Ausgangsbasis schaffen. Nur, gelebt werden muss es dann trotzdem noch. Die Umsetzung wird das Thema und hier bin ich nicht sicher, ob alle Stakeholder das wollen.

Roski: Wir haben mit einem Vertreter der Politik mit unserem Kongress begonnen und enden mit einer Forderung an die Politik. <<

Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Nominierung achse-central-Preis

>> Die Jury des mit 10.000 Euro dotierten achse-central-Preises, zum fünften Mal in Folge von ACHSE (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e.V.) und der Central Krankenversicherung AG verliehen, hat in diesem Jahr aus 16 Bewerbungen 4 Projekte nominiert. Sie alle haben ein Ziel: die medizinische Betreuung und die Lebensqualität von Menschen mit Seltenen Erkrankungen zu verbessern:

- **„Behandlungskonzept für Menschen mit Prader-Willi-Syndrom (PWS)“**, ein Projekt des Pädiatrischen Zentrums am St. Bernward Krankenhaus Hildesheim, das eine ganzheitliche Betreuung von betroffenen Familien bietet.
- **„Deutschlandweites Patientenregister für Spinale Muskelatrophien“**, ein Projekt des Friedrich-Baur-Instituts an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der LMU München, das die Planung und Durchführung von klinischen Studien zur Erforschung neuer Therapien erleichtert.
- **„NCL-Sprechstunde Hamburg“**, eine Spezialsprechstunde durchgeführt von einem interdisziplinären Team zur Langzeitbetreuung von Patienten mit Neuronalen Ceroid-Lipofuszinosen, Unikinderklinik Hamburg.
- **„Sektorübergreifende, interdisziplinäre und multiprofessionelle Palliativversorgung von Kindern mit schweren seltenen Erkrankungen“**, ein fachübergreifendes Projekt des Kinderpalliativzentrums an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln der Universität Witten/Herdecke. <<

„Wie kommt die Zukunft in den Fonds?“

>> Mit 300 Millionen Euro jährlich sollen die Krankenkassen nach dem Willen der Bundesregierung ab 2016 den geplanten Innovationsfonds ausstatten. Geld, das für die Förderung neuer Versorgungsformen und die Versorgungsforschung vorgesehen ist. Kein Wunder, dass bereits jetzt von vielen Seiten Ansprüche angemeldet werden. Doch nach welchen Kriterien sollen die Mittel verteilt werden? Wer soll profitieren? Viele Fragen sind noch offen (s. dazu auch Seite 27 ff.).

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat beim IGES-Institut ein Gutachten beauftragt und darauf aufbauend Konzepte entwickelt, wie der Fonds sinnvoll ausgestaltet werden kann. Die Ergebnisse werden beim diesjährigen vdek-Zukunftsforum am 30. Juni 2015 unter dem Motto „Innovationsfonds – Wie kommt die Zukunft in den Fonds?“ präsentiert.

Zur Einführung in die Veranstaltung tragen Prof. Dr. Karl Lauterbach, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, und Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ihre Erwartungen an die Umsetzung des Fonds vor. Dr. Karsten Neumann, Geschäftsführer des IGES-Instituts, stellt im Anschluss die Ergebnisse des Gutachtens zu Kernfragen der Ausgestaltung des Innovationsfonds vor. Abschließend diskutieren sie gemeinsam mit Ulrike Elsner, der Vorstandsvorsitzenden des vdek, Dr. Markus Müschenich, Vorstand des Bundesverbands Internetmedizin (BiM), und Professor Dr. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführer des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald, die Vorschläge des vdek.

Die Veranstaltung findet am 30. Juni 2015 ab 17 Uhr in der Landesvertretung Sachsen-Anhalt beim Bund statt, Anschrift: Luisenstraße 18, 10117 Berlin. <<

Diabetes-Medikament Dulaglutid: „Zusatznutzen nicht belegt“

>> „Der Zusatznutzen zeigte sich durch die im Vergleich zur ZVT statistisch signifikant bessere glykämische Kontrolle im Sinne einer signifikant stärkeren Reduktion des HbA1c-Wertes unter Dulaglutid,“ schrieb Lilly in seinem Dossier zu Dulaglutid („Trulicity“). Das IQWiG urteilt hingegen, dass das Pharmaunternehmen zu wichtigen Fragen keine relevanten Daten vorgelegt hätte und spricht in drei Fragestellungen die Empfehlung „Zusatznutzen nicht belegt“ aus. Immerhin in einer (Therapieoption: Dulaglutid + ein kurzwirksames Insulin mit oder ohne Metformin) sieht das Kölner Institut zumindest einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Die Frage wird nun sein, wie der G-BA, der unter Vorsitz des unparteiischen Vorsitzenden, Prof. Josef Hecken, nach Stellungnahme und Anhörung schon Mitte Juli darüber zu entscheiden hat, sich diesmal positioniert: Folgt er der IQWiG-Bewertung (was der G-BA nach Heckens Aussagen in nur 40 % der Fälle tut) oder nicht? Dann wird klar, ob erneut eine Diabetes-Therapieoption gefährdet sein könnte. <<