



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

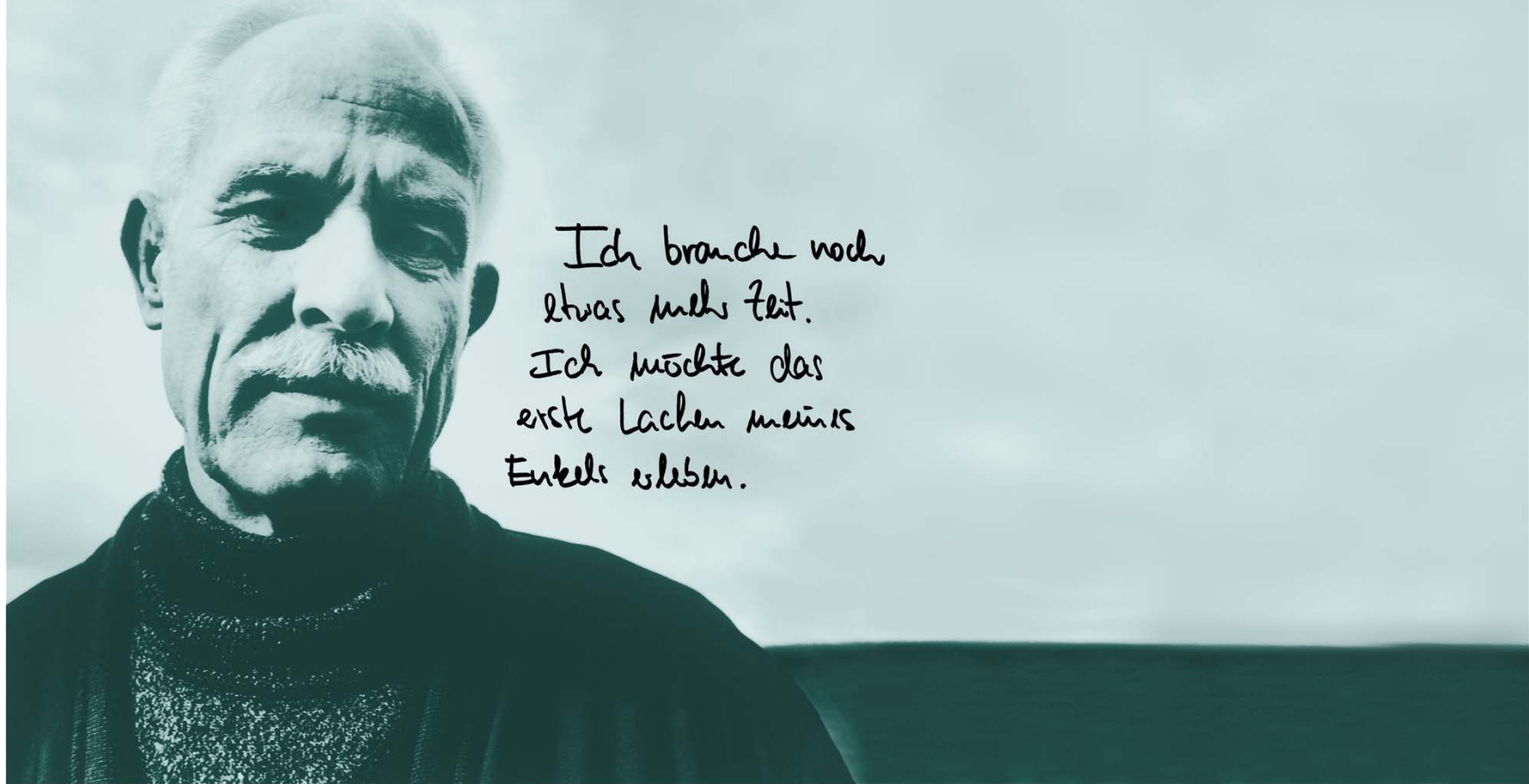
„ Gesundheit :
Marktprinzipien und Solidaritätspflicht,
zwei Welten und (k)ein System ? “

Hans Qweitzsch



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

Beispiel: Diagnose Bronchialkarzinom





9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

- **2003** : „Fallpauschalen ante portas, Onkologie quo vadis ?“
  - **2004** : „Off label use, Onkologie quo vadis ?“
  - **2005** : „Öffnung der Krankenhäuser, Onkologie quo vadis ?“
  - **2006** : „DRG und Zusatzentgelte, Onkologie quo vadis ?“
  - **2007** : „Nach der Gesundheitsreform, Qualität quo vadis ?“
  - **2008** : „Ärztliche Therapiefreiheit, Onkologie quo vadis ?“
  - **2009** : „Krebsbekämpfung durch Gesetze, Onkologie quo vadis ?“
  - **2010** : „Prinzipien gerechter Verteilung, Onkologie quo vadis?“
  - **2011:** „**Gesundheit : Marktprinzipien und Solidaritätspflicht,
zwei Welten und (k)ein System ? Onkologie quo vadis ?“**
-



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

„Deutscher Diskurs“

1. Eine Einheit Gehör erfordert 10 Einheiten Provokation
2. „Warum sachlich, wenn es auch persönlich geht“ (Karl-Kraus-Maxime)
3. „Das wird doch nur gemacht, weil ... „ (Verdächtigung)

DIE ZEIT, 18.2.2010



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

„Wirtschaftsinteressen sind legitim.

Patienteninteressen bezüglich Nutzen
und Sicherheit haben Vorrang !“

Prof. J. Windeler IQWiG 2010

Ordnungspolitische Prinzipien
gerechter Verteilung

**Mehrdimensionale Analyse
des Handlungsbedarfs**



Welche Leistung
/ Methode?
Wie wird sie
erbracht?
Wo wird sie
erbracht?
Bei wem wird sie
erbracht?
Wie ist das
Nutzen-Kosten-
Verhältnis?



„ Die ärztliche Kunst
fällt
hinten runter ... „

K. Possinger 2010
- Onkologe-

Woran die Reformen scheitern



R. Strehl 2010
-Gesundheit-Ökonom-

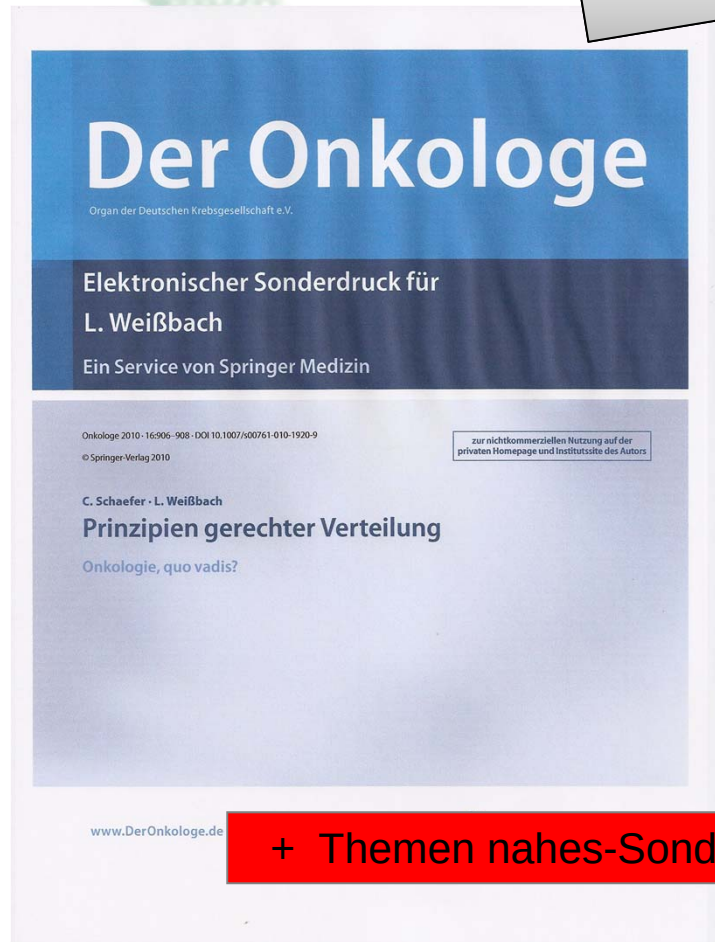
Regulierung

- 70 Regionen (1000km/700 km) à 100x100km
- Integrierte Angebotsstruktur ohne bundesweites Einheitsmodell:
  - Stationär, ambulant, 3.Sektor, Früh-Reha, Notfall, Arzneimittel, Hilfsmittel, Großgeräte
  - Fläche/Ballungsräume
  - Keine Primate für KH oder Vertragsarzt
- Grenzstellenregelungen
- Regional differenzierte Entgelte + Faktorpreise
  - Z.Bsp. Arztgehälter
  - Z.Bsp. Arzneimittel
- Kompetenz + Entscheidungsfähigkeit (Profi-Vorstände)
- Steuerung (Aufsichtsrat) mit Politik + Kassen
- Keine Leistungsanbieter
- Bundesweit nur Restzuständigkeiten (Prinzipien der QS, sehr teure Leistungen der Hochleistungsmedizin in Abstimmung mit Fo.politik)



9. Jahressymposion „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

Mehr Nachhaltigkeit ! ?



**Charta für eine gerechte Behandlung
in der Onkologie**

Präambel

Demografische Entwicklung einerseits und medizinischer Fortschritt andererseits führen zu Mittelknappheit in der Solidargemeinschaft. Die Verpflichtung des Staates, eine menschenwürdige Existenz zu sichern, schließt die Möglichkeit zur Beschränkung medizinischer Versorgungsleistungen nicht aus. Derzeit findet Rationierung vor allem implizit direkt am Krankenbett und in der Spezialpraxis statt. Damit werden medizinische Ressourcen nach dem ärztlichen Individualprinzip verteilt, das in hohem Maße ungerecht und unsolidarisch ist. Für eine funktionierende Solidargemeinschaft mit begrenzten finanziellen Ressourcen ist stattdessen eine ordnungspolitisch geregelte Verteilung medizinischer Leistungen nach fairen Grundsätzen zwingend geboten. Ein allgemeines Verteilungsprinzip müsste folgende Kriterien erfüllen, um auch ethisch legitimiert zu sein:

- Diskussion und Verabschiedung in einer gesamtgesellschaftlichen Debatte
- Allgemeine Nachvollziehbarkeit und Zugänglichkeit
- allgemeingültige, wissenschaftlich belegbare Verteilungskriterien
- ausgewogenes Verhältnis von Nutzen, Dringlichkeit und Kosten
- Möglichkeit, in begründeten Fällen von den Beschränkungsvorgaben abzuweichen

Ein für alle geltendes Verteilungsprinzip müssen die politischen Mandatsträger verbindlich verabschieden. Demokratisch nicht legitimierte Gremien dürfen hierüber nicht entscheiden.

Im Bewusstsein, dass das Solidarprinzip dramatisch gefährdet und Handeln dringend geboten ist, verständigen sich die Unterzeichnenden auf folgende Grundsätze zu einer gerechten Verteilung in der Onkologie:

+ Themen nahes-Sonderheft 3 / 2011

E GERECHTE BEHANDLUNG IN DER ONKOLOGIE

Fallpauschalen-Entgelte 2010 :

- „Hämatologische und onkologische Leistungen werden durch DRG meist kostendeckend vergütet
- **Einzig die Vergütung der stationären Leistung von soliden Tumoren widerspricht diesem Trend.**
- Das verstärkt den Trend in den ambulanten Sektor“

M. Thalheimer, DRG - Beauftragter der Universitätsklinik Heidelberg DGHO Frühjahrstagung 2010

„ Das heutige NUB-Verfahren ist diffus und nicht zukunftssicher “

Peter Rowohlt, DAK Hamburg



2010: „Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht?“

“ 78% der Ärzte gaben an,

Patienten mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monaten

und 13% der Ärzte sogar mindestens einmal pro Woche

potenziell nützliche Maßnahmen allein aus Kostenüberlegungen

vorenthalten zu haben (was einer Rationierung entspricht) “



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

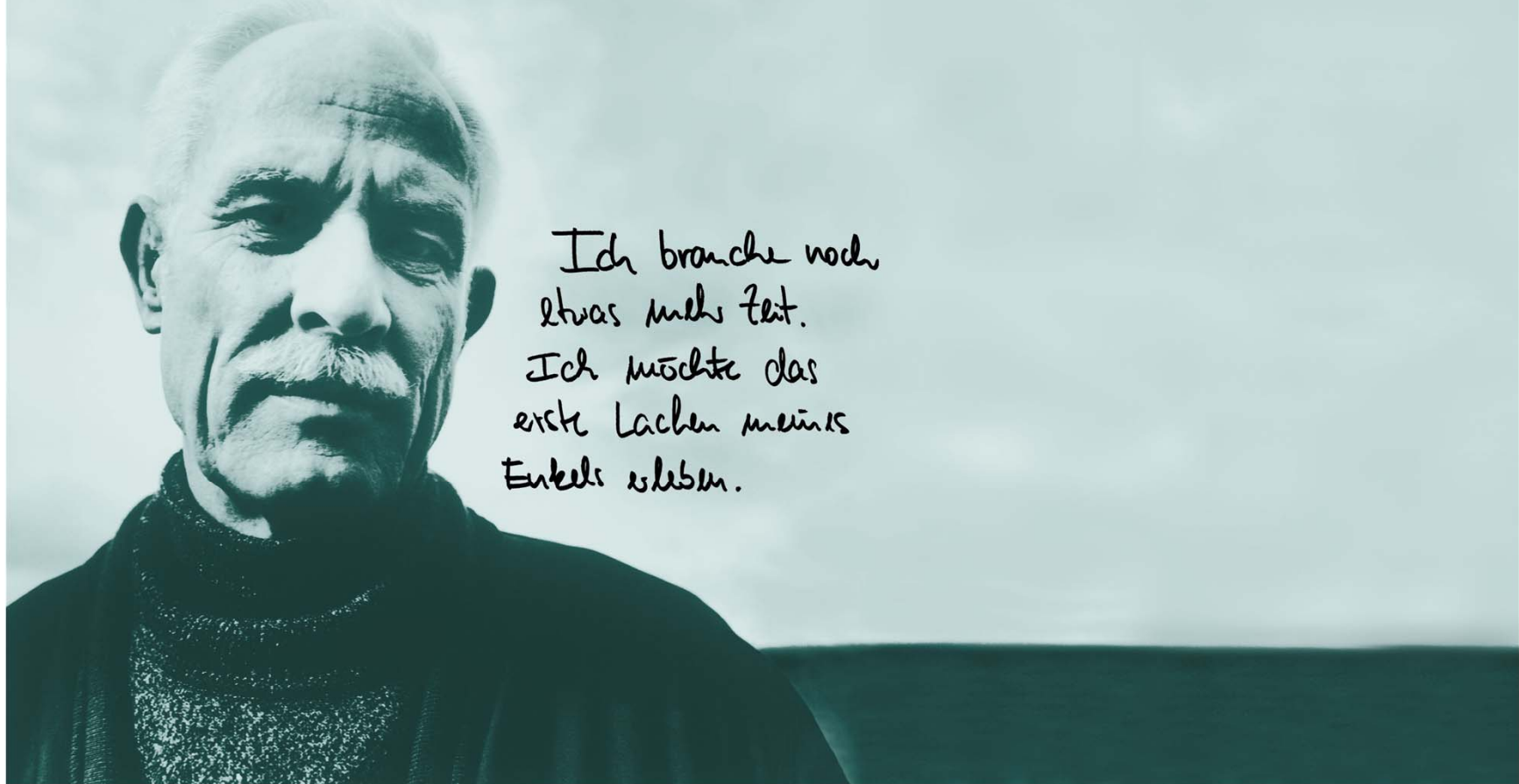
A background image showing two green, pixelated hands holding a dark blue rectangular sign. The sign has a thin gold border and contains the text "Kurze Rede. Langer Sinn." in a gold serif font.

Kurze Rede.
Langer Sinn.



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

Beispiel: Diagnose Bronchialkarzinom





9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

„Med in Germany“

Marktprinzipien



Solidaritätspflicht



9. Jahressymposium „Onkologie, quo vadis?“
zur Versorgung von Krebspatienten
25. und 26. Februar 2011

„ Der Arzt ist Anwalt des einzelnen Kranken
und nicht der Gesellschaft.

Eine eventuell aus anderen Perspektiven heraus nötige Rationierung
und Priorisierung muss auch von den Erzeugern dieser Perspektiven
verantwortet werden “.

Schölmerich J.: (Innere) „Medizin in einer postmodernen Gesellschaft.“
Med. Klin. 2010; 105: 219 – 224 :
