

2. Berliner Roche-Forum am 14. Juni 2007

1. Lebensbedingte Ursachen (Rauchen, Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol und anderes) machen 60 Prozent und mehr der Krebsursachen aus. Prävention ist deshalb ein elementarer Bestandteil jeder Strategie, Krebserkrankungen zu verhindern und auch die medizinisch notwendigen Kosten für die Krebstherapien im Griff zu behalten.
2. Die Entwicklung der personalisierten Medizin wird dazu beitragen, Therapien gezielter und erfolgreicher einzusetzen.
3. Es gibt kein Land, in dem die Parole von der Zwei-Klassen-Gesellschaft in der Krebstherapie so wenig stimmt wie in Deutschland. Die bestehende Rechtslage in Verbindung mit den BSG-Urteilen der vergangenen Jahre sind eine zukunftsfähige Grundlage, die vor uns liegenden Probleme zu lösen.
4. In der Krebstherapie gibt es in Deutschland sowohl Unter- wie Über- und Fehlversorgung. Dies ist aber weniger ein finanzielles oder rechtliches als ein Problem ineffizienter Prozesse im Gesundheitssystem. Wenn es Leistungserbringern, Pharmaindustrie und Krankenkassen gemeinsam gelingt, diese Defizite zu verringern, können die Kosten des medizinischen Fortschritts trotz einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung bewältigt werden. Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass Roche seinen Erfolg nicht in der Zahl initial behandelter, sondern erfolgreich behandelter Patienten sieht. Die TK ist gerne bereit, den Erfolg dieses Ansatzes, z.B. im Kontext der ab Juli in Deutschland geplanten Offensive von Roche in Deutschland, mit Auswertungen zu begleiten und uns an den von Roche vorgeschlagenen pay-for-performance-Modellen zu beteiligen.
5. In Deutschland werden Innovationen in der Medizin noch weitgehend ungesteuert in den Markt gebracht. Das ist medizinisch und wirtschaftlich problematisch. Wir müssen deshalb daran arbeiten, Neuerungen gezielt ins System zu bringen – flankiert von einer wissenschaftlichen Begleitung, die nach der Phase formaljuristischer Zulassungen einsetzt und die Wirkungen in der Versorgungspraxis untersucht. Die Erfolge von Therapieoptimierungsprüfungen in der Kinderonkologie zeigen, was hier möglich ist, aber auch, was in anderen Bereichen noch zu tun bleibt.
6. Zentrumsorientierte und studienorientierte Versorgung - an qualifizierten Krankenhäusern und bei besonders qualifizierten, niedergelassenen Hämatologen und Onkologen - sind dazu die entscheidenden Stichworte. Der Gesetzgeber hat dazu insbesondere mit den Regelungen zur Integrationsversorgung (§ 140a SGB V) und zu Versorgungsaufträgen (§ 73c SGB V) geeignete Instrumente geschaffen. Diese wollen wir offensiv nutzen. Die TK sammelt bereits Erfahrungen, wie Innovationen strukturiert ins Gesundheitssystem gebracht werden können, mit Verträgen zu medikamentenbeschichteten Stents und in der Strahlentherapie. Diese wollen wir nutzen und weiterentwickeln.
7. Ältere Menschen sind in medizinischen Studien unterrepräsentiert, es fehlt an einer adäquaten Versorgungsforschung, und die Interaktionspharmakologie wird vernachlässigt: Das sind Defizite, die unnötiges Leid bei den betroffenen Patienten verursachen und gleichzeitig unnötige Kosten verursachen. Hier besteht dringend Handlungsbedarf. Die AMG-Novelle vom 29. August 2005 in Verbindung der Erweiterung des § 8 Krankenhausentgeltgesetz sowie die Neuregelungen des WSG in § 35c SGB V (zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien) sind aber Schritte in die richtige Richtung, die den Krankenkassen Mitgestaltungsmöglichkeiten geben und dazu beitragen, ihren Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu sichern.

2. Berliner Roche-Forum am 14. Juni 2007

8. Staatliche Gesundheitssysteme sind schlechter in der Lage, den Menschen den Zugang zu Innovationen zu gewährleisten als wettbewerblich orientierte Systeme. Deshalb ist der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern, zwischen Pharmaunternehmen und zwischen Krankenkassen der bessere Weg, der Finanzierung des medizinischen Fortschritts in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft. Alle Verantwortlichen – einschließlich des Staates, der eine entsprechende Rahmenordnung setzt – müssen dieser hohen Verantwortung gerecht werden, damit der Staat sich nicht eingeladen fühlt, dieses Problem für uns zu lösen.
9. Ein gesellschaftlicher Diskurs über die Frage des Zugangs zu Innovationen wird das Problem nicht lösen, schrumpfende finanzielle Ressourcen bei steigender Nachfrage rational zu verwenden. Menschliches Zusammenleben ist zivilisiert nur möglich, wenn die Gesellschaft wie der Einzelne die Fähigkeit zum Mitleid hat. Egal wie fundiert ein Diskurs über mögliche Notwendigkeiten von Regeln zur Verteilung knapper finanzieller Ressourcen geführt wird: Vor der existenziellen Not eines Individuums versagt jede Diskursrationalität.
10. Staat, Gesellschaft und die Verantwortlichen im Gesundheitssystem müssen aber einen Rahmen stecken, damit Arzt und Patient im Gespräch über die adäquate Therapie Orientierung haben. Therapeutische Beliebigkeit ist so wenig akzeptabel wie eine Kochbuchmedizin.