



# Datenlandschaft im Aufbau

## Forschung

Daten nutzen und Patienten  
beteiligen

## Debatte

Rezepte gegen hochpreisige  
Arzneimittel

## Ökonomisierung

Wie geht es mit den DRGs  
weiter?

## Dicke Bretter



Eine Vielzahl von Strategien hat die Bundesregierung verabschiedet, um dem digitalen Wandel den Weg zu bereiten. Ein ungelöstes Problem: Im Gesundheitswesen bleibt noch immer ein Großteil der täglich produzierten Daten ungenutzt. Ihre Verwendung für die Forschung oder zur Verbesserung der Versorgung stößt auf zahlreiche Hürden. Kann die sogenannte Datenspende die Lösung sein? Einige Forscher glauben daran, doch um einen solchen Paradigmenwechsel hierzulande durchzusetzen, werden ganz dicke Bretter zu bohren sein.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

**Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin**

## Inhalt

### Im Fokus

- 4 **Placebo-Reform oder echter Fortschritt?**  
Debatte zu DRG-Weiterentwicklung und Ökonomisierung hält an
- 7 **Kontroverse zu Corona- Immunitätsbescheinigung**  
Pro & Contra mit Prof. Simon und Prof. Gethmann vom deutschen Ethikrat
- 10 **Höchstgrenzen, vierte Hürde und Co.**  
Welche Rezepte gegen hochpreisige Arzneimittel diskutiert werden
- 15 **Datenlandschaft im Aufbau**  
Mehr Nutzung, Akzeptanz und Autonomie

### Im Gespräch

- 18 **„Keiner möchte keine Forschung“**  
Prof. Eva Winkler über Datennutzung und Patientenbeteiligung

### In Kürze

- 20 **Gesundheit und Gerechtigkeit bei der Arbeit**
- 20 **Mauerblümchendasein ade bei der Integrierten Versorgung?**
- 22 **Unterversorgung: Zuschläge für Kindermedizin**
- 23 **Reha-Loch: Schwerverletzte nicht fit genug für Reha**
- 24 **Wie Europa auf Arzneimittelengpässe reagieren will**
- 25 **Globale Gesundheit – jetzt mit Strategie**
- 26 **Ohne Krankenversicherung: Braucht es eine Clearingstelle?**

# Placebo-Reform oder echter Fortschritt?

Debatte zur DRG-Weiterentwicklung und Ökonomisierung hält an

• **Berlin (pag) – Eine Ökonomisierung des Medizinbetriebs wird seit Jahren von Ärzten angeprangert. Jüngstes Beispiel ist der 118. Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG). Tatsächlich geht es bei dem Konflikt um weitaus mehr als eine Weiterentwicklung des DRG-Systems, wie sie gegenwärtig politisch angestrebt wird.**

Auf der DOG-Veranstaltung im Oktober sind Fehlentwicklungen in der Augenheilkunde durch die zunehmende Ökonomisierung ein Schwerpunktthema. „Rettet die Medizin! Arzt-sein zwischen Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit“, lautet der Titel der Keynote-Lecture von Prof. Peter Pramstaller. „Wir Ärzte müssen uns zum Wohl der Patienten und unserer nachfolgenden augenärztlichen Generationen dem Wirtschaftlichkeitsstreben entgegenstellen, wo es zu Verwerfungen führt“, sagt sein Kollege Hans Hoerauf, Direktor der Augenklinik der Universitätsmedizin Göttingen. Die Fallpauschalen im Krankenhaus gelten gemeinhin als Treiber der Ökonomisierung, werden teils synonym damit verwendet. Allerdings ist in das DRG-System in jüngster Zeit Bewegung gekommen. Die Pflegepersonalkosten sind seit diesem Jahr aus den DRGs ausgegliedert. Der GKV-Spitzenverband bezeichnet das als „die nachhaltigste Veränderung im DRG-System seit seiner Einführung“. Dabei soll es offenbar nicht bleiben. Denn auch wenn es das Thema kürzlich nicht auf die Agenda der Gesundheitsministerkonferenz geschafft hat, so ist es doch im Bundestag sehr präsent.

## Diskussionen im Bundestag

Bei einer Anhörung zum Krankenhauszukunftsgesetz regen kürzlich Experten im Gesundheitsausschuss Änderungen am Abrechnungssystem des Krankenhauses an. „Wir sprechen uns nicht dafür aus, das DRG-System in Gänze abzuschaffen“, betont Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Aber die Grundfinanzierung der Häuser müsse gesichert sein, um die Daseinsvorsorge zu gewährleisten. Gesundheitsökonom Prof. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg, empfiehlt, „künftig mit Vorhaltepauschalen für bestimmte Fachabteilungen, geknüpft an enge Voraussetzungen, zu arbeiten“. Prof. Boris Augurzky, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, warnt vor einer kompletten Abschaffung des DRG-Systems. Es müssten aber „Modelle zu Regionalbudgets weiter ausgearbeitet und vor allem in ausgewählten Pilotregionen praktisch erprobt werden“. Vorschläge zur Weiterentwicklung des DRG-Systems hat Schreyögg zuvor in einem Gutachten zur bedarfsgerechten Gestaltung der Krankenhausvergütung vorgestellt, das er mit Ricarda Milstein, Universität



Ein Balanceakt: Medizin und Ökonomie sollte nicht gegeneinander ausgespielt werden. Medizin kann es nicht in einem ökonomiefreien Raum geben. © iStockphoto, abaddonian

Hamburg, im Auftrag der Techniker Krankenkasse verfasst hat. „Eine Finanzierung von Vorhaltekosten für Strukturen der Leistungserbringung, beispielsweise für seltene Erkrankungen, Notfälle und die Grundversorgung auf dem Land, reduziert den finanziellen Druck von Krankenhäusern, ihre Strukturen über eine Fallzahlausweitung querfinanzieren zu müssen“, lautet ein Vorschlag der Autoren. Und eine Anpassung der Vergütung an exogene Kostenfaktoren, die nicht der Kontrolle des Krankenhauses unterliegen, sowie an Versorgungsstufen, die unterschiedliche Kostenstrukturen mit sich bringen, erhöhe die Fairness des Vergütungssystems. Außerdem entlaste es Krankenhäuser finanziell, die für ihre ungünstigen Kostenstrukturen nicht verantwortlich seien.

## „Wir werden es liefern“

Bei der Haushaltsdebatte im Bundestag kurze Zeit später verdichten sich die Anzeichen, dass die Politik die Botschaften verstanden hat. „Wir brauchen ein gestuftes Versorgungssystem und darauf aufbauend ein Fallpauschalensystem“, das auch Vorhaltekosten

berücksichtigen könne, sagt Karin Maag (CDU) und kündigt an: „Wir werden es liefern.“ Dr. Edgar Franke (SPD) erkennt ebenfalls Reformbedarf: „Die Fallpauschalen haben in der Vergangenheit dafür gesorgt, dass mehr operiert wurde, als eigentlich notwendig war und das nur, um Einnahmen zu erzielen, um mehr Geld zu verdienen.“ Auch beim jüngsten Krankenhausgipfel der Deutschen Krankenhausgesellschaft zeigt sich Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) offen für Änderungen am Fallpauschalensystem. Änderungen ja, gänzlich abschaffen wohl eher nicht – das dürfte der politische Kurs sein. Denn erst im Sommer hat der Minister bei einer Veranstaltung der Robert-Bosch-Stiftung zwar eingeräumt, dass die DRGs nicht perfekt seien. Mit Verweis auf gleichzeitige Überversorgung insbesondere in den Ballungsgebieten und Unterversorgung in anderen Regionen stellt er jedoch klar: „Solange es keine bedarfsgerechte Versorgung gibt, ist die Idee, einfach Strukturen zu finanzieren, nicht richtig“. Er will einen nicht effizienten Ressourceneinsatz verhindern, vor der Diskussion über ein neues Vergütungssystem seien Strukturveränderungen im stationären Bereich notwendig.

### Krankenhausbereich – politisch unsexy

Dass es zu einer solch grundsätzlichen Strukturreform noch in dieser Legislatur kommt, ist jedoch unwahrscheinlich. Vielleicht sind die politischen Gestalter aber gar nicht so unglücklich darüber, dass Corona die Reformagenda gehörig durcheinandergebracht hat. Denn das Thema ist ein undankbares, findet beispielsweise Rudolf Mintrop, Vorsitzender der Geschäftsführung des Klinikums Dortmund. Die Kliniken seien hierzulande aufgerieben zwischen den Zuständigkeitsebenen Bund, Länder, Kommunen und Selbstverwaltung und geteilt in Non-Profit- und For-Profit-Kliniken. Es gebe eine Vielzahl von Vorstellungen. „Deswegen ist der Krankenhausbereich so vernachlässigt, zerklüftet und politisch unsexy“, findet der Klinikmanager.

Solange aber eine grundlegende Strukturreform nicht angegangen wird, bringt eine Weiterentwicklung des DRG-Systems nur wenig. Das ist in einem Thesenpapier von Leopoldina-Wissenschaftlern nachzulesen, das zwar schon einige Jährchen auf dem Buckel hat, aber die gegenwärtige Situation noch immer zutreffend beschreibt. Darin postulieren Gesundheitsökonom, Juristen und Ärzte, dass eine Weiterentwicklung des

DRG-Systems allein nicht ausreicht, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben – wenn gleichzeitig der politische Wille fehle, die Krankenhausstruktur grundlegend zu verändern. Und weiter: Die politischen Entscheidungsträger müssten die Bedingungen so gestalten, dass es für alle Akteure – auch aus ökonomischer Sicht – sinnvoll ist, sich nachhaltig auf das Patientenwohl zu verhalten. Die Experten fordern einen tatsächlichen Qualitätswettbewerb unter einer geringeren, aber besser ausgestatteten Anzahl von Krankenhäusern. Die politische Zurückhaltung bei der Gestaltung des Krankenhauswesens führe nur dazu, dass „die Probleme über die DRGs auf die praktische Arbeitsebene nach unten durchgereicht werden“. Daraus resultierten die bekannten Probleme wie Arbeitsverdichtung, Unzufriedenheit der Mitarbeiter, Personalmangel etc.

Festzuhalten ist daher, dass es bei der Kritik an einer Ökonomisierung nicht darum gehen sollte, Medizin und Ökonomie gegeneinander auszuspielen. Medizin kann es nicht in einem ökonomiefreien Raum geben. Vielmehr stehen dahinter ungelöste Strukturfragen, vor denen sich die Politik noch immer drückt.

### Bundesrechnungshof zeichnet düsteres Bild

Der Bundesrechnungshof regt für die Krankenhausversorgung eine Grundgesetzänderung an. Dadurch könnten Finanzierungs- und Planungsverantwortung wieder zusammengeführt werden. In dem Bericht „über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung“ sieht die Behörde das duale Finanzierungssystem als gescheitert an. „Die Länder entscheiden nach der gesetzlichen Systematik alleinverantwortlich über Standorte und Schwerpunkte der Versorgung. Ihrer Finanzierungsverantwortung kommen sie indes nicht nach, große Teile der investiven Kosten werden zweckwidrig aus Mitteln der GKV-Beitragsgemeinschaft bestritten“, lautet die Lagebeschrei-

bung. Finanzierungs- und Planungsverantwortung sollten in eine Hand gelegt werden. „Dies schließt eine Änderung grundgesetzlicher Bestimmungen notwendigerweise ein“, heißt es. Generell zeichnet der Bundesrechnungshof ein düsteres Bild der derzeitigen Krankenhauslandschaft in Deutschland: „40 Prozent der Krankenhäuser verzeichnen Verluste, für über ein Zehntel besteht erhöhte Insolvenzgefahr.“ Der Ab- und Umbau von Kapazitäten sowie die Schließungen von Häusern oder Abteilungen verlaufe ungesteuert. „Es besteht keine übergreifende Zielsetzung zwischen Bund und Ländern, wie die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden sollen.“



# Kontroverse zu Corona-Immunitätsbescheinigung

Pro & Contra mit Prof. Simon und Prof. Gethmann vom deutschen Ethikrat

• **Berlin (pag) – Macht eine staatlich kontrollierte Immunitätsbescheinigung Sinn? Derzeit nicht, findet der Deutsche Ethikrat einstimmig angesichts der noch bestehenden Unsicherheiten zur Immunität gegen das neuartige Coronavirus. Für den Fall, dass die Immunität künftig verlässlich nachweisbar wird, gehen die Meinungen allerdings auseinander.**

Die Hälfte der Ratsmitglieder kommt auf Basis risikoethischer Abwägungen zu dem Ergebnis, dass bei günstiger Entwicklung der naturwissenschaftlich-medizinischen Voraussetzungen mindestens eine stufenweise, anlassbezogen wie bereichsspezifisch ansetzende Einführung einer Immunitätsbescheinigung unter bestimmten Bedingungen sinnvoll wäre. Teilweise wird auch ein weiter reichender Einsatz für verant-

wortbar erachtet. Für die andere Hälfte der Mitglieder führen praktische, ethische und rechtliche Gründe zu einer Ablehnung des Einsatzes von staatlich kontrollierten Immunitätsbescheinigungen – selbst dann, wenn Unsicherheiten mit Blick auf den Sachstand in Zukunft nicht länger bestünden. Lesen Sie im Folgenden ein Pro und Contra der beiden Ratsmitglieder Prof. Judith Simon und Prof. Friedrich Gethmann.

## Prof. Carl Friedrich Gethmann Gesundheitliche Sicherheit für alle Bürger

Aus Sicht der Befürworter einer an Bedingungen geknüpften Zulassung von Immunitätsausweisen besteht bezüglich der Erforschung von Covid-19 und seiner medizinischen Effekte eine so hohe Dynamik, dass der Exekutive vorsorglich normative Orientierungen an die Hand gegeben werden sollten, nach denen im Falle einer günstigeren Evidenzlage zu verfahren ist. Dem liegen vor allem folgende Überlegungen zugrunde:

I: Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und risikoethische Erwägungen verlangen, dass grundgesetzlich garantierte Freiheiten, die pandemiebedingt eingeschränkt werden, so weit wie möglich dem Bürger zurückgegeben werden. Das bedeutet, dass unter Umständen Risiken hinzunehmen sind, wie sie auch sonst im klinisch-medizinischen Kontext und in vielen anderen Lebensbereichen akzeptiert werden. Hier wie in anderen Lebensbereichen ist ein Null-Risiko eine Illusion, die rationales Handeln konterkariert.

II: Die gebotene Abwägung von Risiken und Chancen spricht im Rahmen eines gestuften Vorgehens dafür, Immunitätsnachweise mindestens anlass- und bereichsbezogen in bestimmten, gesetzlich zu regelnden Fällen zu verwenden, beispielsweise: zur Wahrung der Interessen von Personen, die Covid-19-assoziiert besonders vulnerabel sind; zur Ausübung von Berufen, deren Ausübung eine räumliche oder physische Nähe zu anderen Personen voraussetzt.

III: Zu gewährleisten ist eine im Lichte der medizinischen Erkenntnisse zur Dauer einer Immunität vertretbar begrenzte Gültigkeit einer Immunitätsbescheinigung. Die gesetzliche Regelung der Immunitätsbescheinigungen sollte befristet erfolgen.

IV: Immunitätsbescheinigungen können nicht nur die Rücknahme von

Freiheitsbeschränkungen bewirken, sondern umgekehrt im Interesse des Gemeinwohls zu besonderen Verpflichtungen bei der Pandemiebekämpfung führen. Allerdings dürfen Immunitätsbescheinigungen grundsätzlich nur auf Basis freiwilliger Entscheidungen angestrebt werden.

V: Hinsichtlich des Bedenkens, die Gewährung von Immunitätsnachweisen werde von manchen als Privilegierung betrachtet, die konvers als Diskriminierung erfahren werden könnte, ist zu bemerken, dass die Rückgewähr von Freiheitsrechten auch unter Pandemiebedingungen eine Schuldigkeit des Staates ist, die – im Unterschied beispielsweise zu ermessensbestimmten Zuwendungen – mit den Kategorien von Privilegierung und Diskriminierung nicht adäquat erfasst wird. Auch die Metapher von der „Spaltung der Gesellschaft“ ist hier fehl am Platze; so wie die Beschränkung der Fahrerlaubnis auf Führerscheinbesitzer eine gerechtfertigte Restriktion im Interesse aller (auch der Nicht-Führerscheinbesitzer) ist, dient ein Immunitätsausweis der gesundheitlichen Sicherheit aller Bürger.

VI: Zu den Risiken der Einführung von Immunitätsnachweisen gehören Probleme des Missbrauchs beispielsweise durch gezielte Selbstinfektion, um auf diese Weise in den Besitz

eines Immunitätsnachweises zu kommen, darüber hinaus auch Betrugsmöglichkeiten vieler Art. Wie in anderen Lebenskontexten auch ist solchen Problemen regulatorisch (Ordnungsrecht, Strafrecht) entgegenzutreten.

Mit einem Teil der zwölf Ethikratsmitglieder unterstütze ich auch die ergänzende Positionierung, dass unter der Bedingung kluger Regulierung und sorgfältiger, fortlaufender Kontrolle eine umfassende Verwendung (ohne Einschränkung auf bestimmte Handlungskontexte) von Immunitätsbescheinigungen verantwortbar ist. Die Unvermeidbarkeit von Ungewissheit im Pandemie-Kontext darf so wenig wie in anderen Lebensbereichen die Notwendigkeit, Freiheitsbeschränkungen zurückzunehmen, infrage stellen. Die Beweislast liegt grundsätzlich aufseiten des freiheitsbeschränkenden Staates und nicht des freiheitsbegehrenden Bürgers. Ferner halte ich es mit einem Teil der Ratsmitglieder schon jetzt für erwägenswert, eine nach heutiger Erkenntnis – nach überstandener Erkrankung – bestehende erhöhte Abwehrkraft gegen SARS-CoV-2 zu nutzen, um im Rahmen eines qualitätsgesicherten und freiwilligen Verfahrens von Covid-19 genesene Personen bevorzugt an Positionen mit höherem Infektionsrisiko einzusetzen.



© Deutscher Ethikrat

### Zur Person

Der Philosoph Prof. Carl Friedrich Gethmann ist seit 2012 Professor am Forschungskolleg „Zukunft menschlich gestalten“ der Universität Siegen. Zuvor war er unter anderem Direktor der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen. Gethmann ist seit 2013 Mitglied des Deutschen Ethikrates, von 2000 bis 2010 war er Mitglied der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz.

## Prof. Judith Simon Gefahr einer Zwei-Klassen-Gesellschaft

Immunitätsbescheinigungen, welche im Kontext der Covid-19-Pandemie individuelle Freiheiten einräumen oder besondere Pflichten etablieren könnten, sind aus wissenschaftlichen, ethischen und praktischen Gründen abzulehnen. Zunächst erscheint es mit Blick auf die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnislage unwahrscheinlich, dass eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu einer hinreichend lange anhaltenden und verlässlichen Immunität bei allen, auch asymptomatisch Infizierten, führt.

Bei der ethischen Bewertung müssen individuelle Rechte und Pflichten ins Verhältnis gesetzt werden zu Fragen der gerechten Verteilung von Be- und Entlastungen. Bei einer Koppelung von Rechten oder Pflichten an den Status der Immunität sind ungerechte Verteilungen in zwei Richtungen möglich: Einerseits, wenn Personen ohne Immunitätsnachweis Möglichkeiten verwehrt würden (z.B. der Besuch einer Ausbildungsstätte). Andererseits, wenn Personen mit Immunitätsbescheinigung für bestimmte Tätigkeiten besonders in die Pflicht genommen würden (z.B. in Medizin und Pflege, Reinigung, Verkauf, Kitas oder Schulen). Hierbei ist insbesondere auf die Gefahr einer Verstärkung bestehender Benachteiligungen sowie die Gefahr einer Zwei-Klassen-Gesellschaft hinzuweisen.

Es gibt nur einen Bereich, in dem ein hinreichend sicherer Nachweis von Immunität zur individuellen Rückgewähr von Freiheit genutzt werden dürfte: zugunsten besonders vulnerabler Gruppen, etwa in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe. Da diese Personengruppen erheblich unter strengen Isolationsmaßnahmen zu leiden haben, sollten nahestehende Personen, aber auch Seelsorger oder Hospizdienste – auf Grundlage gesicherter Kenntnis über ihre Immunität und

Nichtinfektiosität – von bestimmten Auflagen befreit werden. Hierfür ist allerdings keine staatliche Immunitätsbescheinigung erforderlich. Ausreichend wäre eine Vorschrift im Immunitätsschutzgesetz, mit der Ärzte ermächtigt würden, die Immunität und Nichtinfektiosität für diese Personengruppe auf der Basis eines hinreichend aktuellen – bereits derzeit zur Verfügung stehenden – PCR-Tests oder aber eines – möglicherweise in Zukunft zur Verfügung stehenden – hinreichend zuverlässigen Antikörper-Tests zu bescheinigen.

Weiterhin gibt es praktische Aspekte, die gegen die Einführung von Immunitätsbescheinigungen sprechen. Trotz steigender Fallzahlen ist es aufgrund der geringen Dauer einer möglichen Immunität illusorisch anzunehmen, dass der Einsatz von Immunitätsbescheinigungen einen relevanten Effekt auf die Erholung der Wirtschaft oder die Versorgungslage im Sozial- und Gesundheitssystem hätte. Immunitätsbescheinigungen würden zudem Fehlanreize setzen, welche die derzeitige Pandemie-Schutz-Strategie konterkarieren könnten. So könnten sich Personen, etwa aus wirtschaftlicher Not oder um sich individuelle Vorteile zu sichern, mutwillig Infektionsrisiken aussetzen. Gerade in Arbeitsfeldern mit prekären

Arbeitsbedingungen und/oder besonderen Infektionsrisiken wäre dies eine gleichermaßen gefährliche wie ungerechte Konsequenz. Weiterhin ist vor Erosionseffekten zu warnen, die vor allem ein breiter Einsatz freiheitsgewährleistender Immunitätsbescheinigungen in Bezug auf die Bereitschaft haben kann, sich an die allgemeinen Infektionsschutzmaßnahmen zu halten. Die genannten, mit der Einführung einer Immunitätsbescheinigung verbundenen Probleme stellen auch eine große Herausforderung für einen angemessenen Rechtsrahmen dar, beispielsweise in Bezug auf Missbrauchsgefahren, des Datenschutzes sowie des Arbeitsrechts.

Vor dem Hintergrund der ungewissen Erfolgsaussichten und der im Gesundheitsbereich nicht nur aus ökonomischer Sicht begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel, erscheint es nicht verantwortungsvoll, erhebliche Ressourcen in die Etablierung und gesetzliche Verankerung von Immunitätsbescheinigungen – einem Instrument mit beschränktem Nutzen und hohen Nebenwirkungen – zu investieren, wenn diese Mittel auch für erfolgsversprechendere Maßnahmen verwendet werden könnten. ●



© Deutscher Ethikrat

### Zur Person

Prof. Judith Simon ist Professorin für Ethik in der Informationstechnologie an der Universität Hamburg. Zuvor war sie u.a. Associate Professor für Wissenschaftstheorie und Technikphilosophie an der IT University in Kopenhagen. Sie ist Mitglied des Deutschen Ethikrates und der Arbeitsgruppe Digitalisierung und Demokratie der Leopoldina. Ferner hat Simon in der Datenethikkommission der Bundesregierung mitgearbeitet.



© stock.adobe, Alexey Novikov

# Höchstgrenzen, vierte Hürde und Co.

Welche Rezepte gegen hochpreisige Arzneimittel diskutiert werden

- Berlin (pag) – Hochpreisige Arzneimittel werden immer mehr zu einer Herausforderung für das GKV-System. Viele Kassenvertreter schlagen Alarm. Es wird über Höchstgrenzen für Arzneimittelpreise und eine vierte Hürde diskutiert. Lesen Sie, welche Experten sich äußern und welche Vorschläge kursieren.

## Debatte um vierte Hürde

Auf einer Tagung im Februar beschreibt der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, den Trend: Immer öfter kommen neue Arzneimittel auf den Markt, die zum Zeitpunkt ihrer Zulassung über eine schwache Evidenz verfügten, aber sehr viel kosteten. In der Krebsbehandlung addierten sich die Kosten sogar, weil Therapien oft miteinander kombiniert werden. Wasem sieht dadurch die Balance von Medikamentenzugang einerseits und Kostenkontrolle andererseits gefährdet. Er regt eine Diskussion zur sogenannten „vierten Hürde“ an. Diese würde bedeuten: Arzneimittel werden nicht mehr automatisch nach der Zulassung von der GKV erstattet. Erst nach der Preisverhandlung zwischen Kassen und Industrie hätten Patienten einen Leistungsanspruch.

## Nachgefragt bei Prof. Jürgen Wasem:

### **Kann eine vierte Hürde für eine verlässliche Balance zwischen Zugang und Kostenkontrolle bei Arzneimitteln sorgen?**

„Deutsche GKV-Patienten haben im EU-Vergleich sehr rasch Zugriff auf neue Medikamente. Dies ist auch Ergebnis des Verzichts auf eine vierte Hürde. Das AMNOG hat diese Wertentscheidung für einen raschen Zugang unter Inkaufnahme von ggfs. zu hohen Preisen getroffen.

Daran würde ich nicht rütteln wollen. Fraglich ist aber, ob der frei gesetzte Einstandspreis ein ganzes Jahr gelten muss. Ich könnte mir vorstellen, dass der verhandelte Erstattungsbetrag rückwirkend zum Zeitpunkt des G-BA-Beschlusses über die Nutzenbewertung greift. Da wir nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 voraussichtlich vor dem Zwang erheblicher Kostendämpfung stehen werden, könnte dadurch auch ein Beitrag zur Ausgabenbegrenzung geleistet

werden. Wegen der nahezu unausweichlich auf uns zukommenden Referenzpreis-Thematik aus den USA sollten wir dies mit einem Übergang zu vertraulichen Rabatten bei Beibehalten des beim Launch gesetzten Listenpreises verbinden.“

## Preisobergrenzen für Sozialversicherung

Bei der Techniker Krankenkasse haben die neuen Arzneimittel des Jahres 2017 im folgenden Jahr einen Ausgabenanstieg von sieben Prozent verursacht – dabei lag die Menge der verordneten Packungen rund 55 Prozent unter der des Vorjahres. Der durchschnittliche Preis pro Packung stieg im Vergleich zum Vorjahr um knapp 140 Prozent auf 3.066 Euro. Hauptverantwortlich für diesen enormen Kostenanstieg seien neben Spinraza fünf Arzneimittel, deren Kosten pro Packung im fünfstelligen Bereich liegen. Der TK-Vorstandsvorsitzende Dr. Jens Baas stellt bei der Vorstellung des Innovationsreports die Frage nach einem angemessenen Preis. Der Umstand, dass all diese kostenintensiven Arzneimittel der Behandlung schwerer Erkrankungen dienen, mache die Preisdiskussion auch zu einer „ethischen Debatte“. Er verlangt für die Preisbildung messbare und transparente Kriterien und nennt konkret: eine Beurteilung des „medical need“, Versorgungssicherheit sowie europäische Forschungsstandorte. Auf Basis dieser Kriterien könne die Sozialversicherung dann Preisobergrenzen festlegen.

## Nachgefragt bei Dr. Jens Baas:

### **Lassen sich Preisobergrenzen mit dem gesetzlich verankerten Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt vereinbaren?**

„Seit Jahren verzeichnen wir stark steigende Preise für neue Arzneimittel. Mit Blick auf die extremen Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Kranken-



Prof. Jürgen Wasem (li.) prophezeit einen „Zwang erheblicher Kostendämpfung“. Eine „faire Preisgrenze ziehen“ will Dr. Jens Baas. © pag, Fiolka

versicherung ist die Frage drängender denn je, wie wir das System finanzierbar halten, damit sich die Versichertengemeinschaft den medizinischen Fortschritt in Form von guten Innovationen leisten kann. Medizinischer Fortschritt kann dabei jedoch nicht die alleinige Rechtfertigung sein, Preise willkürlich in die Höhe zu treiben. Um angemessene Preise verhandeln zu können, brauchen wir politische Rahmenbedingungen und objektivierbare Kriterien, anhand derer für alle Seiten faire Preisgrenzen zu ziehen sind.“

### Vielfältige Rezepte gegen den „Ausgabenboom“

Der im Herbst veröffentlichte Arzneiverordnungs-Report (AVR) moniert einen „kontinuierlichen Ausgabenboom“ bei Arzneimitteln. Trotz jährlicher Einsparungen von 16,8 Milliarden Euro durch gesetzliche Maßnahmen seien die Ausgaben im vergangenen Jahr um 5,4 Prozent auf 43,4 Milliarden Euro angestiegen. Dafür machen die AVR-Herausgeber Prof. Wolf-Dieter Ludwig und Prof. Ulrich Schwabe insbesondere neue hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel verantwortlich. Neben Onkologika (8,2 Milliarden Euro, +13,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr) zeigten sich auch bei Immunsuppressiva, Antithrombotika und Dermatika überdurchschnittliche Zunahmen. Aber: Es hapere auch an effektiven Marktregulierungsmechanismen nach Ablauf des Patentschutzes. Biosimilars seien hierzulande wesentlich teurer als in anderen Ländern,

Gleiches gelte für patentfreie Nichtbiologika aus der Gruppe der Krebsmedikamente. Ferner kritisieren die Herausgeber eine schleppende Umsetzung des deutschen Festbetragsystems.

### Das Nutzenbewertungsverfahren mutig weiterentwickeln

Der AMNOG-Report 2020 der DAK widmet sich umfanglich dem zehnjährigen Jubiläum des Verfahrens. Er enthält unter anderem eine Befragung von 45 Experten aus Krankenkassen, Verbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Industrie. Demnach bewerten 70 Prozent aller Befragten das AMNOG mit der Schulnote „gut“. Die großen Streitthemen sind vor allem Mischpreise, Endpunkte sowie die Preisfestsetzung im ersten Jahr. Als verbesserungswürdig werden genannt: Preisverhandlungen (32 Prozent), Bewertungssystematik (25 Prozent), Orphan Drugs sowie die Kommunikation (jeweils zwölf Prozent). Bei der Vorstellung des Reports stellt DAK-Chef Andreas Storm die Frage, wie taufisch das AMNOG-Verfahren überhaupt noch sei. Weitere Anregungen des Vorstandsvorsitzenden der Kasse: Ist eine Erweiterung insbesondere für hochpreisige Arzneimittel notwendig? Sollten wir von der Nutzen- zu einer Kosten-Nutzen-Betrachtung kommen?



Die großen Streitthemen des AMNOG sind Mischpreise, Endpunkte und die Preisfestsetzung im ersten Jahr. © iStockphoto, Feodora Chiosea

### Nachgefragt bei Andreas Storm Bei welchen Arzneimitteln halten Sie eine Kosten-Nutzen-Bewertung für sinnvoll?

„Durch die absehbare Zunahme von neuartigen, früh eingesetzten und sehr hochpreisigen Medikamenten wird sich der Arzneimittelmarkt in den kommenden Jahren grundlegend verändern. Daher muss sich auch unser Verständnis von Zugang, Evidenzgenerierung und Erstattung weiterentwickeln. Unabhängig von bestimmten Wirkstoffvorschlägen ist es wünschenswert, dass die beteiligten Akteure sowie der Gesetzgeber kooperativ und mutig an der Fortentwicklung des bewährten Nutzenbewertungsverfahrens arbeiten. Ich bin sicher, dass in diesem Zusammenhang die Frage der Bezahlbarkeit stärker in den Fokus rücken wird. Wichtig ist mir dabei, dass eine Debatte auf gesamtgesellschaftlicher Ebene möglich ist, die auch schwierige ethische Fragestellungen nicht auslässt.“

### Signalgrenzwerte für das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis

Bei einer Diskussionsrunde der Barmer zum Umgang mit hochpreisigen Arzneimitteln nennt Prof. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld, kürzlich folgende Zahlen: Die durchschnittlichen Gesamtkosten für die Behandlung hätten sich bei neuen Wirkstoffen von 2011 bis 2019 vervierfacht (von 40.000 auf 152.300 Euro). Allerdings werde ein Großteil der neuen Wirkstoffe inzwischen für relativ kleine Patientengruppen gemacht, meint der Gesundheitsökonom. 40 Prozent der neuen Arzneimittel hätten eine Zielgruppe, die unter 1.000 Patienten liege. „Innovationen können grundsätzlich nicht günstig sein“, sagt Dr. Hagen Pfundner,

Vorstand Roche Pharma AG, bei der Diskussion. Die Impfstoffentwicklung gegen Corona verdeutliche das hohe Investitionsrisiko: Von den rund 140 Projekten würden nur bis zu fünf übrig bleiben, der Rest bleibe auf der Strecke. „Bei Preisen zahlen Sie nicht im vollen Umfang die Forschungs-, Entwicklungs- oder Produktionskosten, sondern die Gedankenleistung, das Intellectual Property.“ Starre Grenzwerte für den Preis neuer Arzneimittel lehnt der Medizinethiker Prof. Georg Marckmann zwar ab, aber Signalgrenzwerte für das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis kann er sich durchaus vorstellen. Werden diese überschritten, müsse es dafür gute Gründe geben, verlangt er, etwa dass es sich um schwerwiegende oder vernachlässigte Krankheiten handelt. Um über verschiedene Bereiche hinweg vergleichen zu können, müsste dieses Verhältnis in Kosten pro QALY (qualitätsgewichtetem Lebensjahr) angegeben werden.

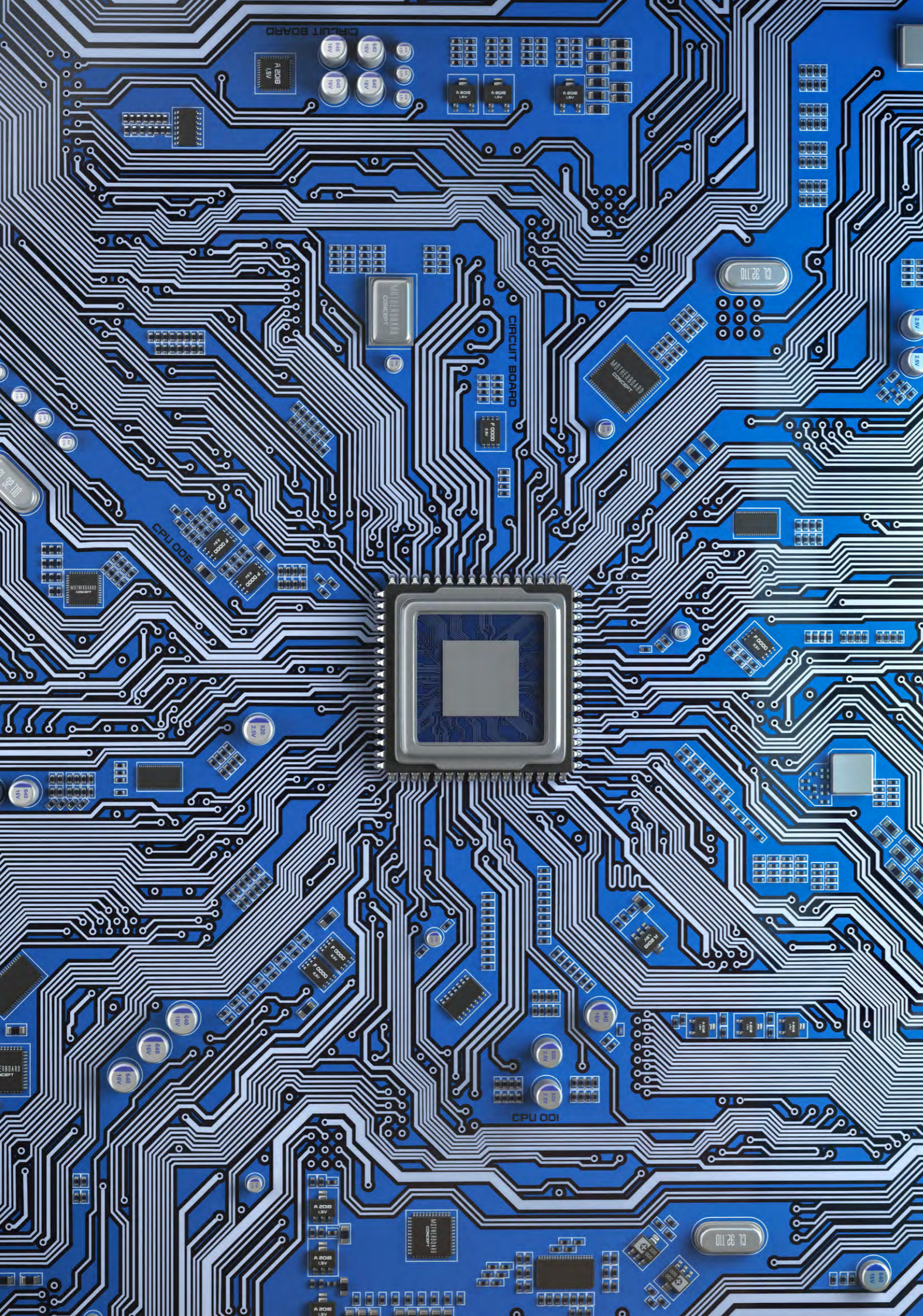
### Nachgefragt bei Prof. Georg Marckmann Wer soll die Signalgrenzwerte festlegen?

In der Höhe des Grenzwertes für das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis müsste sich die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsgüter in einem Land widerspiegeln. Insofern wäre es in Deutschland beispielsweise angemessen, wenn der Grenzwert vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben würde, in enger Abstimmung mit den für die GKV zuständigen Institutionen wie Gemeinsamer Bundesausschuss und IQWiG. Wenn ein Medikament mit dem vom Pharmaunternehmen vorgeschlagenen Preis deutlich über dem Kosten-Effektivitäts-Grenzwert liegt, kann man dies als gewichtiges Argument in den Preisverhandlungen nutzen. •



Andreas Storm (li.) will die „Bezahlbarkeit stärker in den Fokus rücken“. Prof. Georg Marckmann plädiert für einen „Grenzwert für das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis.“ © pag





# Datenlandschaft im Aufbau

Mehr Nutzung, Akzeptanz und Autonomie

**Berlin (pag) – Im Gesundheitswesen wird eine Vielzahl von Daten produziert. Doch noch immer stößt deren Nutzung auf vielfältige Hindernisse. Ist die Zeit reif, grundlegend umzudenken?**

Im Herbst haben gleich drei Ministerien – das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) – eine Roadmap zur Initiative „Daten für Gesundheit“ veröffentlicht. Folgende Ziele werden darin postuliert:

Die wissenschaftsbasierte Auswertung gesundheitsrelevanter Daten soll die Patientenversorgung verbessern, der medizinische Fortschritt soll vorangetrieben werden und – last but not least – geht es den drei Ressorts darum, die Innovationskraft des Standorts Deutschland zu steigern.

## Strategien, Gesetze und Initiativen

Diese Initiative ist nur eine von vielen, die dem digitalen Wandel den Weg bereiten soll. Die Bundesregierung hat die engere Vernetzung von Patientenversorgung und Gesundheitsforschung bei der Nutzung von digitalen Gesundheitsdaten zu einer ihrer zwölf Missionen in der Hightech-Strategie 2025 erklärt. Außerdem werden in der Roadmap genannt: die Umsetzungsstrategie Digitalisierung, die Datenstrategie sowie die Strategie Künstliche Intelligenz und die Blockchain-Strategie der Bundesregierung. Hinzu kommen die Digitalstrategie „Gestaltung der digitalen Zukunft Europas“ und die Europäische Datenstrategie (European Strategy for Data) der Europäischen Kommission. Strategien, wohin man auch schaut.

Auch auf der Ebene der Gesetzgebung ist das BMG sehr aktiv, etwa mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz und dem Patientendaten-Schutzgesetz. Gegenwärtig wird ein drittes Digitalisierungsgesetz auf den Weg gebracht. Wichtige Impulse werden darüber hinaus mit der BMBF-unterstützten Medizininformatik-Initiative, dem geplanten Forschungsdatenzentrum, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelt werden soll, und der nationalen Forschungsdateninfrastruktur gesetzt. Außerdem arbeiten der Health Innovation Hub des BMG, die Gematik, der Digitalverband Bitkom und der Bundesverband Gesundheits-IT gerade im offenen Prozess an der Fortset-

zung ihres Strategiepapiers „Interoperabilität 2025“. Die Vielzahl an Strategien, Gesetzen und Initiativen zeigt die Komplexität des Themas. Viel tut sich – endlich auch an Stellen, an denen lange Zeit Blockade auf der Tagesordnung stand, wie bei der Gematik. Dennoch ist der Befund in einem Gutachten mehrerer Wissenschaftler, das kürzlich veröffentlicht wurde, noch immer ziemlich ernüchternd: „Für eine Nachnutzung seitens der medizinischen Forschung interessante und relevante Daten sind im Gesundheitssystem vielfach vorhanden, aber verteilt über viele Akteure und Institutionen und zudem rechtlich und technisch nur sehr begrenzt verfügbar und verknüpfbar.“

## Was bringt eine Datenspende?

Das Gutachten im Auftrag des BMG haben unter anderem PD Dr. Sven Zenker und Sebastian C. Semler, Geschäftsführer der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF), verfasst. Sie sind davon überzeugt, dass eine Datenspende für die sekundäre Datennutzung im Unterschied zum jetzigen Verfahren die Qualität, Fairness und Effizienz der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Forschung stark fördern könnte. Die Idee ist nicht neu. Auch der Deutsche Ethikrat und Forschungs- und Digitalpolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion haben sich mit dem Thema befasst (siehe Infokasten).

Zenker und Semler plädieren bei der Datenspende für ein einfach auszuübendes Widerspruchsmo- (opt-out). Besonders wichtig ist ihnen: Die Spende sollte zeitlich und räumlich vom Kontext einer medizinischen Behandlung entkoppelt und stattdessen im normalen Alltagsleben verankert werden. „Die Akutversorgung ist ein ungünstiger Zeitpunkt, um sich mit einer längeren Aufklärung zu Forschungsprojekten zu befassen – insbesondere, wenn diese komplexe Fragestellungen verfolgen oder infrastrukturell angelegt sind“, sagt Semler. Die Bürger sollten besser angesprochen werden, bevor sie in eine medizinische Notsituation kommen. „Denn eine informierte Entscheidung fällt leichter, wenn man sie mit relativ freiem Kopf fällen kann“, argumentiert Zenker.

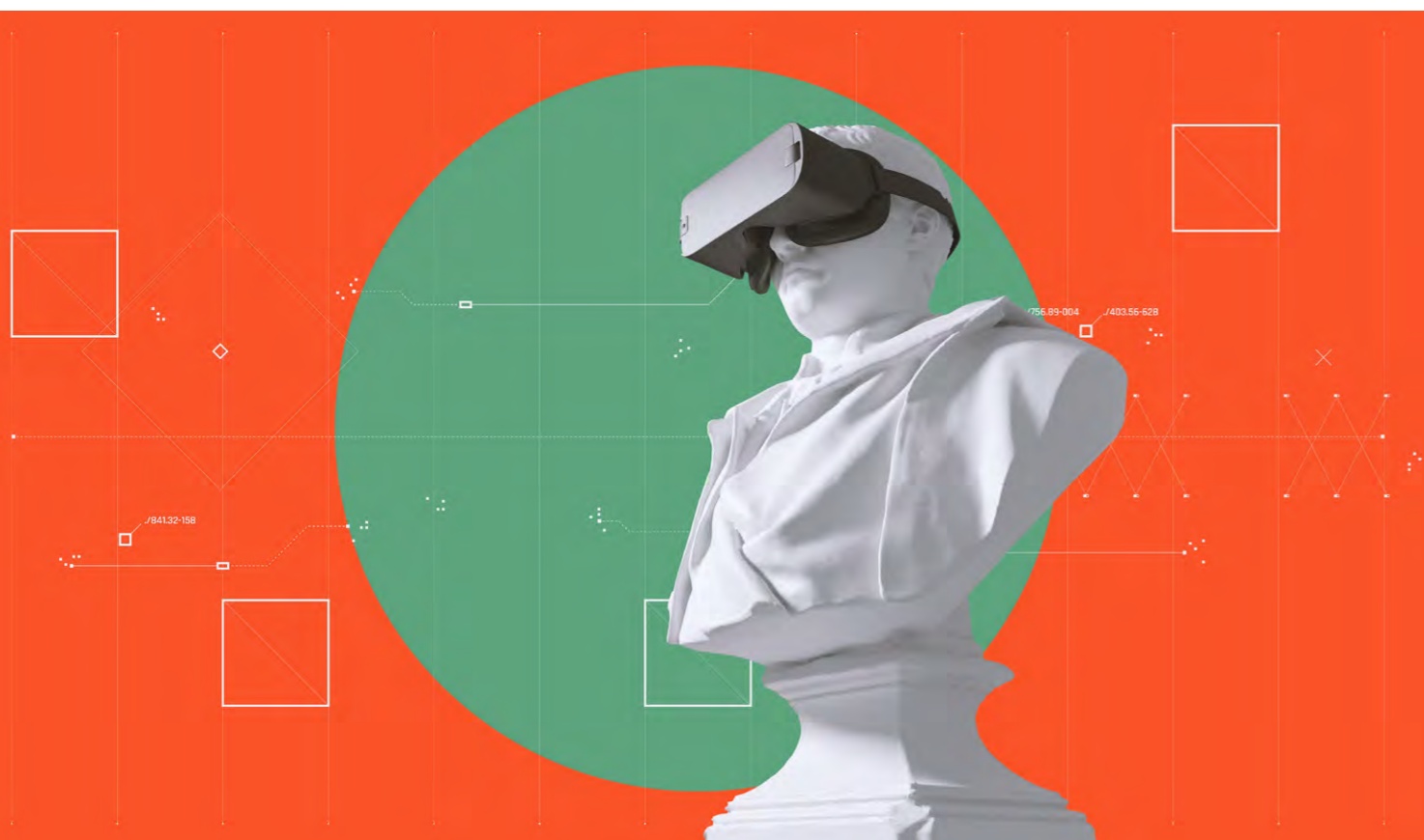
## Mehr Nutzung, Akzeptanz und Autonomie

Der ärztliche Leiter der Stabsstelle Medizinisch-Wissenschaftliche Technologieentwicklung und -koordination am Universitätsklinikum Bonn nennt noch einen weiteren Grund für eine breite Bürgerbeteiligung: die deutliche Selektionsverzerrung. Zum Beispiel können nur die Patienten der Universitätsmedizin befragt werden, die zum Zeitpunkt der Aufnahme noch ansprechbar und einwilligungsfähig sind, sodass bestimmte Krankheitsbilder und schwere Verläufe systematisch von der Datennutzung ausgeschlossen werden. Es geht den Wissenschaftlern also darum, ein Informationsangebot außerhalb des Akutkontextes zu schaffen. „Für mehr Datennutzung brauchen wir mehr Akzeptanz, mehr Akzeptanz geschieht durch mehr Patientenautonomie und

die Patientenautonomie steigern wir nicht durch eine Vielzahl immer länger werdender Informations- und Einwilligungunterlagen“, sagt Semler. Solche Prozesse sollten sinnvoll organisiert werden, das bedeutet: leistbar für die eine Seite sowie verständlich, überschaubar und beurteilbar für die andere Seite – die Bürger bzw. Patienten. Für Semler macht das Ganze nur dann Sinn, wenn man aus dem Projektzusammenhang hinausgeht. „Damit brauche ich einen neuen Akteur, der die grundsätzliche Spende verwaltet.“

## Wie geht es weiter?

Eine solche projektübergreifende Entität, wie Semler es nennt, sollte völlig unabhängig von derzeit laufenden Verfahren gedacht werden. „Würde man neue Anforderungen zur Datenspende beispielsweise schon jetzt an die ePA-Einführung richten, wäre damit das Projekt überfrachtet“, befürchtet der Experte. Es handelt sich ohnehin um eine langfristige Idee, die Strukturen von morgen vorausdenken soll. Die politische Debatte dazu beginnt gerade erst. Die Autoren des Gutachtens haben mit Patientenorganisationen wie der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit einen Workshop veranstaltet. Geplant sind jetzt Gespräche mit Abgeordneten. Fest steht nämlich, dass sich die ehrgeizigen Pläne der Wissenschaftler im derzeitigen Rechtsrahmen nicht verwirklichen lassen. Ein langer Atem ist gefragt. Aber vielleicht ist es ja genau dieser Paradigmenwechsel, den das hiesige System so dringend benötigt. •



Digitaler Umbruch, Paradigmenwechsel – wie lässt sich die Transformation des hiesigen Gesundheitswesens bewerkstelligen?

## Souveräner Umgang mit Gesundheitsdaten

Auch das BMBF fördert das Thema Datenspende: Die Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen und reflektierten Umgang mit Gesundheitsdaten stehen im Zentrum eines neuen Forschungsprojekts, das von Informatikerinnen und Informatikern der Freien Universität Berlin koordiniert wird. Ziel des Forschungsvorhabens „WerteRadar – Gesundheitsdaten souverän spenden“ ist es, eine integrative und interaktive Software zur reflektierten Weitergabe von Gesundheitsdaten zu konzipieren, zu evaluieren und umzusetzen. Gefördert wird WerteRadar vom BMBF mit rund 480.000 Euro, die Laufzeit beträgt drei Jahre.

## „Mit Daten Leben retten“

Parallel zum Gesetzgebungsverfahren des Patientendaten-Schutzgesetzes haben Gesundheits-, Forschungs- und Digitalpolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Ende Mai ein Positionspapier verfasst. Der Titel lautet „Mit Daten Leben retten: Für eine bessere Patientenversorgung durch Digitalisierung und Gesundheitsforschung“. Sie können sich unter anderem „perspektivisch“ vorstellen, dass in Deutschland ansässige forschende Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in den Kreis der Antragsberechtigten für das Forschungsdatenzentrum aufgenommen werden. Darüber hinaus machen sie sich für eine verlässliche Infrastruktur stark, in der Datenflüsse zwischen Patienten, Versorgung und Forschung koordiniert werden. Den Unionspolitikern schwebt eine zentrale nationale Instanz nach Vorbild des US-amerikanischen „Office of the National Coordinator for Health Information Technology“ vor.



Eine gute Aufklärung ist die erste ethische Herausforderung, sagt Prof. Eva Winkler. © pag, Fiolka

## „Keiner möchte keine Forschung“

Prof. Eva Winkler über Datennutzung und Patientenbeteiligung

**Moderne Informationsinfrastrukturen sollen Ergebnisse aus der Forschung rasch in die klinische Praxis bringen. Das Ganze birgt aber nicht nur technische und rechtliche, sondern auch ethische Herausforderungen. Mit ihnen beschäftigt sich die Ärztin Prof. Eva Winkler. Im Interview erklärt sie, warum gute Aufklärung und ein gerechter Zugang essenziell sind.**

**Können Sie anhand eines Beispiels erläutern, was Patienten konkret von den Datenintegrationszentren haben, die im Rahmen der Medizin-informatik-Initiative an den universitätsmedizinischen Standorten eingerichtet wurden?**

Einen direkten persönlichen Nutzen gibt es zunächst nicht. Die Medizin-informatik-Initiative dient der Forschung. Dahinter steckt die Idee, die vielen klinischen Daten, die in den verschiedenen Datenbanken der Kliniken und Arztpraxen liegen, nutzbar zu machen. Die Auswertungen können helfen, die Qualität der Versorgung zu verbessern, aber auch ganz neue Fragestellungen in der Forschung zu beantworten.

**Bei HiGHmed arbeiten Sie zu den ethischen Aspekten des Projekts. Welche ethischen Fragen sind denn bei der datenbasierten Versorgung und Forschung vorrangig zu klären?**

Zuerst einmal ist es wichtig, Patientinnen und Patienten genau zu erklären, welche Intention mit der Nutzung der Daten verfolgt wird, zu welchem Zweck wir diese Daten benötigen. Damit ist eine gute Aufklärung die erste ethische Herausforderung, weil man zum Zeitpunkt der Aufklärung noch nicht spezifisch sagen kann, in welche Projekte die Daten genau gehen und wo genau der Nutzen entsteht. Wir müssen vielmehr die Infrastruktur erklären, am besten mit

einem konkreten Beispiel wie diesem: Wenn ein Forscher herausfinden will, ob bei Bauchspeicheldrüsenkrebs ein Zusammenhang mit Bluthochdruck besteht, dann stellt er eine Anfrage an die Medizin-informatik-Initiative. Dort initiiert man eine grobe Suche, wie viele Patientendatensätze zu der Fragestellung vorliegen und im nächsten Schritt kann der Forscher dann einen Antrag auf Nutzung der verschlüsselten Datensätze stellen. Es muss klare Regeln geben, wer Zugriff hat, dass nur diese Forschungsfrage bearbeitet wird und die Daten danach gelöscht werden. Kurz: Zu den ethischen Herausforderungen gehört die Aufklärung der Patienten, der gerechte Zugang für alle Forscher, klare Kriterien, nach denen sie Zugang zu

den Daten haben, und eine gute Aufsicht über das Ganze mit Berichtswesen, darüber, was denn am Ende als Nutzen herauskommt.

**Welche Konflikte ergeben sich zwischen Personalisierter und Big-Data-Medizin einerseits und den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin andererseits? Und wie lassen sich diese im Sinne des Patienten lösen?**

Personalisiert klingt immer etwas irreführend, als wenn jede einzelne Person ihre eigene Medizin erhält. Tatsächlich beruht die stratifizierte Medizin, die hier gemeint ist, auf Biomarkern, die Patientenkohorten besser definieren. Deshalb werden die Patientengruppen immer kleiner, große Studien lassen sich nicht mehr durchführen.

**Was ist die Konsequenz dessen?**

Damit verlassen wir den Goldstandard der großen randomisierten

Studie. Die beiden Dinge werden gegenübergestellt, als wäre die individualisierte Medizin eine Abkehr von der evidenzbasierten Medizin. In Wirklichkeit ist es eine Weiterentwicklung, die aufgrund des Fortschritts der Erkenntnis und der Möglichkeiten, die Krankheit des Einzelnen besser zu charakterisieren, auch eine Weiterentwicklung unserer Systematik und Methodik bezüglich eines gut abgesicherten Nutzens erfordert. Der Nutznachweis muss auch weiter der Standard sein.

**Sind Patienten auch in diesen ganzen Prozess involviert?**

Ja. Ein Schwerpunkt ist die sogenannte Stakeholder-Beteiligung und Partizipation von Patienten – sowohl auf nationaler Ebene als auch im Rahmen von unseren medizinischen Schwerpunktprojekten im Rahmen des HiGHmed-Konsortiums. Wir haben drei Standorte dafür: Göttingen, Berlin und Heidelberg. Gerade

in Göttingen wird unter der Leitung von Frau Prof. Silke Schicktanz untersucht, wie Patienten strukturell beteiligt werden können, also sowohl in den Entscheidungsgremien als auch bei der Bereitstellung von Daten beispielsweise im kardiologischen Anwendungsbereich, wo Patienten durch die App schon bei der Datengenerierung miteinbezogen sind.

**Wie erleben Sie die Bereitschaft, Daten zur Verfügung zu stellen?**

Insgesamt ist die bei Krebspatienten recht hoch, aber man muss je nach Bedürfnis unterschiedliche Intensitäten und Beteiligungsformen anbieten. Einige Patienten sind mit ihrer Krankheit beschäftigt. Aber es gibt viele Patienten, die sagen, man müsste eigentlich mehr mit den Daten forschen, die sie bereitstellen. Keiner möchte keine Forschung. •

### Was ist HiGHmed?

Das Konsortium HiGHmed bündelt und integriert im Rahmen der Medizin-informatik-Initiative Kompetenzen von acht Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten sowie weiteren Partnern aus Wissenschaft und Industrie. Das Ziel: innovative Informationsinfrastrukturen entwickeln und so einen schnelleren Transfer von Ergebnissen aus der Forschung in die klinische Praxis ermöglichen. Die Partner arbei-

ten organisations- und institutionsübergreifend zusammen, um einen Verbund von Datenintegrationszentren aufzubauen. Anhand von drei klinischen Use Cases sollen die Zentren demonstrieren, wie Daten, Informationen und Wissen aus Krankenversorgung sowie klinischer und biomedizinischer Forschung zum Wohle von Patienten über die Grenzen von Standorten hinweg verknüpft werden können.

- **Use Case Onkologie:** Gezielte Krebsbehandlung durch übergreifenden Wissensaustausch
- **Use Case Kardiologie:** Früherkennung und Vermeidung von Krankheitsschüben bei Langzeit-Verläufen
- **Use Case Infektionskontrolle:** Krankenhausinfektionen verstehen, vorhersehen und verhindern



@ NCT-Heidelberg

### Zur Person

Prof. Eva Winkler ist Oberärztin an der Klinik für Medizinische Onkologie, Universitätsklinikum Heidelberg. Sie leitet den Schwerpunkt „Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie“ vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen und der Uniklinik Heidelberg. Außerdem ist sie Projektsprecherin von EURAT – Ethische und rechtliche Aspekte der Totalsequenzierung des menschlichen Genoms. Bei dem HiGHmed-Konsortium arbeitet Prof. Winkler als Ethik-Expertin mit.

## Gesundheit und Gerechtigkeit bei der Arbeit

- **Berlin (pag) – Wer sich von seinem Vorgesetzten fair behandelt fühlt, fehlt seltener krank bei der Arbeit. Zu diesem Ergebnis kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im Fehlzeiten-Report 2020. Die Mitherausgeber sehen Handlungsbedarf.**

Im Fokus des Reports steht der Zusammenhang von Gerechtigkeit und Gesundheit. Dafür befragte das WIdO Anfang des Jahres 2.500 Arbeitnehmer zu ihrem Gerechtigkeitsempfinden am Arbeitsplatz sowie zu gesundheitlichen Beschwerden. Demnach weisen Arbeitnehmer, die ihre Führungskraft als ungerecht empfinden, im Durchschnitt 15 Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr auf. Diejenigen, die ihre Führungskraft als fair einstufen, kommen dagegen lediglich auf 12,7 Tage. Zudem erscheinen erstere häufiger entgegen dem Rat eines Arztes bei der Arbeit. „Gefühlte Ungerechtigkeit bringt dabei insbesondere emotionale Irritationen und psychosomatische Beschwerden mit sich“, erläutert Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports. Doch auch körperliche Leiden wie Rücken- und Gelenksbeschwerden, Kopfschmerzen, Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Beschwerden treten wesentlich häufiger auf, wenn sich Arbeitnehmer ungerecht behandelt fühlen. „Das war für uns überraschend“, räumt Schröder ein. Im Mittel über alle Beschwerden klagen Arbeitnehmer, die sich von ihrer Führungskraft unfair behandelt fühlen, etwa viermal so oft über gesundheitliche Probleme wie diejenigen, die die Behandlung als fair empfinden. Für Mitherausgeber Prof. Bernhard Badura, Gesund-

heitswissenschaftler von der Universität Bielefeld, steht angesichts dieser Ergebnisse fest, „dass wir in Deutschland Dinge grundsätzlich in Zukunft anders machen müssen als bisher“. Badura beklagt vor allem „überkommene Vorstellungen von Führung“ und „Kulturen des Misstrauens und der Angst in Unternehmen“. Dies schade den Beschäftigten und der Volkswirtschaft gleichermaßen. Führungskräfte müssten heute nicht nur über fachliche, sondern vor allem über soziale Kompetenz verfügen. •



© iStockphoto, BrianAJackson

## Mauerblümchendasein ade bei der Integrierten Versorgung?

- **Berlin (pag) – 20 Jahre nach Einführung der Integrierten Versorgung haben Selektivverträge noch immer nicht die erwünschte Systemwirkung erzielt. Trotzdem seien sie das wichtigste Instrument zur Überwindung der Sektorengrenzen, meint der Bundesverband Managed Care. Aktuell plant der Gesetzgeber, die Spielräume für Selektivverträge zu erweitern. Und auch in Sachen Transparenz tut sich etwas.**

Alle Selektivverträge und Verträge der hausarztzentrierten Versorgung hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in einer Liste auf seiner Internetseite veröffentlicht. Damit kommt das Amt einer Regelung aus dem Fairer-Kas-

senwettbewerb-Gesetz nach. Die Vertragstransparenzstelle soll die Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich sichern. Zugleich will das BAS Transparenz über die Verträge der Krankenkassen für Versicherte, Aufsichtsbehörden und

die interessierte Fachöffentlichkeit schaffen. BAS-Präsident Frank Plate spricht von einem wichtigen Schritt für einen „fairen und transparenten Wettbewerb“ zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Das Verzeichnis soll im kommenden

Jahr um weitere Angaben ergänzt werden – unter anderem wird die Art der beteiligten Leistungserbringer genannt.

Alle Selektivverträge und Verträge der hausarztzentrierten Versorgung hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in einer Liste auf seiner Internetseite veröffentlicht. Damit kommt das Amt einer Regelung aus dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz nach. Die Vertragstransparenzstelle soll die Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich sichern. Zugleich will das BAS Transparenz über die Verträge der Krankenkassen für Versicherte, Aufsichtsbehörden und die interessierte Fachöffentlichkeit schaffen. BAS-Präsident Frank Plate spricht von einem wichtigen Schritt für einen „fairen und transparenten Wettbewerb“ zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Das Verzeichnis soll im kommenden Jahr um weitere Angaben ergänzt werden – unter anderem wird die Art der beteiligten Leistungserbringer genannt.

### Innovationen im Keim erstickt

Unterdessen kritisiert der Bundesverband Managed Care (BMC) die „sehr restriktive“ Prüfpraxis von IV-Verträgen durch das BAS. Inno-

novationen und neue Denkansätze würden dadurch im Keim erstickt, schreibt der Verband in seiner Stellungnahme zum geplanten Versorgungsverbesserungsgesetz. Es sieht unter anderem vor, dass auch nicht-ärztliche Leistungserbringer an besonderen Versorgungsaufträgen beteiligt werden können. Auch regional begrenzte Versorgungsinnovationen werden ermöglicht. Vorgesehen ist ferner, dass der Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen innerhalb von vier Jahren entfällt. Und: Versicherungsübergreifende Versorgungsformen und eine Beteiligung an Versorgungsinnovationen anderer Träger, z.B. kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe, werden ermöglicht. Insgesamt begrüßt der BMC diese Reformen, kritisiert aber grundsätzlich, dass keine Anreize für die Skalierung erfolgreicher Projekte bestehen. Zumindest an Denkanstößen für innovative Versorgungsformen scheint derzeit kein Mangel zu herrschen: Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat 136 Ideenskizzen im Bereich neue Versorgungsformen erhalten. Antragsteller sind Universitäten, Kran-

kenhäuser und Krankenkassen. Im Vergleich zu den früher eingereichten vollständigen Anträgen erhielt der Ausschuss deutlich mehr Skizzen. G-BA-Chef Prof. Josef Hecken führt die große Resonanz auf das neue zweistufige Verfahren zurück, das der Gesetzgeber im vergangenen Jahr eingeführt hat. •

Weiterführender Link

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/vertragstransparenzstelle>



*Mit der Integrierten Versorgung die Sektorengrenzen überwinden? Das scheint noch ein langer Weg zu sein.*





## Unterversorgung: Zuschläge für Kindermedizin

- **Berlin (pag) – Die Warnungen vor einer medizinischen und pflegerischen Unterversorgung von Kindern haben sich in den vergangenen Monaten gemehrt. Gesetzgeber und Selbstverwaltung haben jetzt reagiert – es soll Sicherungszuschläge für Kinderabteilungen in Kliniken geben. Reicht das?**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Oktober beschlossen: Auch eine kinder- und jugendmedizinische Fachabteilung in Krankenhäusern gilt künftig als Kriterium für den Sicherstellungszuschlag. „Insgesamt können in dünn besiedelten Gebieten so bis zu 59 Standorte im Falle eines Defizits des Krankenhauses unterstützt werden“, erklärt Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA. Bisher gelten nur Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe oder Gynäkologie als basisversorgungsrelevante Leistungen eines Krankenhauses, um die finanzielle Sonderhilfe zu bekommen. Durch das geplante Versorgungsverbesserungsgesetz könnten die Sicherstellungszuschläge für die Kinder- und Jugendmedizin bereits 2021 ihre Wirkung entfalten, sagt Hecken. Zusätzlich erhielten künftig – einschließlich der Kinder- und Jugendmedizin – rund 140 Kliniken in dünn besiedelten Gebieten unabhängig von einem Defizit zudem noch eine pauschale Förderung von jährlich 400.000 bis 800.000 Euro.

### Wann ist die Versorgung in Gefahr?

Eine flächendeckende pädiatrische Versorgung sieht der G-BA in Gefahr, wenn durch die Schließung eines Krankenhauses für zusätzlich 800 Menschen unter 18 Jahren Fahrzeiten mit dem Auto von mehr als 40 Mi-

nuten zur nächsten Klinik notwendig sind. Ein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf liegt laut G-BA in einer Region vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte von unter 18-Jährigen unter 22 Menschen je Quadratkilometer im Einzugsbereich des Krankenhauses sinkt. Über diese Zahl herrscht zunächst Dissens zwischen den entscheidenden Bänken im G-BA. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wollte ursprünglich 27 Kinder und Jugendliche als Grenze, der GKV-Spitzenverband 16. Erst kürzlich hat die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin in einer Petition an den Bundestag gefordert, „die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung zu beenden“. Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschland (BVKJ) warnte vor einer drohenden Versorgungsverschlechterung – sowohl ambulant als auch stationär. Flächendeckend mangle es bereits heute an Kinder- und Jugendmedizinern. Der Verband spricht von langen Wartezeiten in den Praxen. Und viele Kinderkliniken könnten aufgrund von strukturellen Defiziten nicht wirtschaftlich arbeiten und seien daher akut gefährdet. „Diese Situation wird sich in den kommenden Jahren noch dramatisch verschärfen“, meinte BVKJ-Vorsitzender Dr. Thomas Fischbach.

### „Dramatisch und höchst besorgniserregend“

Auch bei der pflegerischen Versorgung von Kindern liegt einiges im Argen: Bereits im vergangenen Jahr hat das Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF) an die Bundesregierung appelliert, die Versorgung intensivpflegebedürftiger Kinder schnellstmöglich zu normalisieren. Der Zustand der Intensivpflege auf kinder-kardiologischen und kinderherzchirurgischen Inten-

sivstationen sei „dramatisch und höchst besorgniserregend“. Von mehreren Kinderherzzentren in Deutschland werde berichtet, dass im Schnitt 30 Prozent der Betten wegen Pflegekräftemangels gesperrt sind. Grund für den Pflegekräftemangel sei insbesondere die bereits vor Jahren erfolgte Reduzierung von Ausbildungsplätzen in der Kinderkrankenpflege, die sich aktuell im klinischen Alltag massiv auswirke.

## Reha-Loch: Schwerverletzte nicht fit genug für Reha

- **Berlin (pag) – Am Übergang zwischen der Akutbehandlung von Schwerverletzten und deren Rehabilitationsphase gibt es immer wieder Probleme mit einer nahtlosen Weiterbehandlung. Das berichten die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) auf ihrer gemeinsamen Jahrespressekonferenz.**

Nach Abschluss der Akutbehandlung sind viele Schwerverletzte noch nicht fit genug, um die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zur Rehabilitationsfähigkeit zu erfüllen, berichtet der stellvertretende DGOU-Präsident Prof. Michael Raschke. Diese beinhalten, dass ein Patient selbstständig essen und sich anziehen kann. „Bei vielen Schwerverletzten ist das so kurz nach dem Unfallereignis nicht realistisch“, sagt Raschke. Nur 15 Prozent der Patienten können direkt nach der Behandlung ihre Reha beginnen.

### Patienten fallen in ein Reha-Loch

Viele andere Patienten könnten die Vorgaben erst nach drei bis sechs Monaten erfüllen. Sie begeben sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in häusliche Pflege oder Kurzzeitpflege. Damit entstehe eine Phase des Stillstands, in der Schwerverletzte in ihrem Genesungsprozess zurückgeworfen werden. „Diese Patienten fallen in ein Reha-Loch“, beklagt Raschke. Sie erhielten zweimal wöchentlich 30 Minuten Physiotherapie, was nicht genug sei. Bundesweit gibt es etwa 1.100 Rehabilitationseinrichtungen, diese seien jedoch meist auf standardisierte Reha nach nicht akuten OPs

ausgerichtet. Die Betreuung von Schwerverletzten sei wesentlich komplexer. „Wie kann beispielsweise eine Entlastung des linken Beins an Unterarm-Gehstützen realisiert werden, wenn gleichzeitig der rechte Oberarm gebrochen ist?“, fragt Raschke. Um eine kontinuierliche Rehabilitation zu ermöglichen, haben die Verbände ein Sechs-Phasen-Modell zur Traumarehabilitation entwickelt. Durch Frührehabilitation während der Akutbehandlung und Postakute

Rehabilitation soll das Reha-Loch zukünftig vermieden werden. An Traumarehabilitationszentren werden besondere Anforderungen gestellt, um Patienten zu behandeln, welche die Kriterien der DRV noch nicht erfüllen.



## Wie Europa auf Arzneimittelengpässe reagieren will

- Berlin (pag) – Immer häufiger bedrohen Arzneimittellieferengpässe die Versorgungssicherheit von Patienten. Die Politik will das Problem auch auf europäischer Ebene angehen.

Bei einer Veranstaltung von Pro Generika thematisiert Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Abhängigkeit von China und anderen asiatischen Ländern bei der Wirkstoffproduktion. Wohin diese führen könne, habe man zu Beginn der Corona-Krise „schmerzhaft“ bei den Medizinprodukten erlebt. Geprüft werden soll daher, wie Versorgung und Produktion in Europa wieder angereizt werden können. Allerdings warnt Spahn vor einer Strategie nach dem Motto „europe first“ – insbesondere angesichts der starken Exportabhängigkeit der hiesigen Wirtschaft. Der Minister will eine mögliche europäische Produktion deshalb auf die „wirklich wichtigen“ Arzneimittel beschränken. In einem ersten Schritt müssten diese auf europäischer Ebene definiert werden. Von der Arzneimittelstrategie der EU-Kommission, die demnächst vorliegen soll, erwartet Spahn weitere Impulse zur Versorgungssicherung. Für das erste Halbjahr 2021 kündigt er „erste Entscheidungen auf europäischer Ebene“ an.

### Wirkstoffproduktion: Europa hat abgegeben

Im Auftrag von Pro Generika hat die Unternehmensberatung MundiCare 554 für die Versorgung in Deutschland benötigte generische Arzneimittelwirkstoffe analysiert. Knapp zwei Drittel (63 Prozent) aller Herstellerzulassungen (CEP) für diese Wirkstoffe liegen laut Studienautor Dr. Andreas Meiser mittlerweile bei asiatischen Herstellern, der europäische Anteil beträgt 33 Prozent. Vor 20 Jahren betrug das Verhältnis noch 59:31 Prozent – zugunsten von Europa. „Europa hat unglaublich viel Wirkstoffproduktion abgegeben“, kritisiert Bork Bretthauer, Geschäftsführer von Pro

Generika. Zwar ist der Studie zufolge auch hierzulande die Zahl der Hersteller und der Zulassungen weiter gestiegen, jedoch langsamer als in Asien. Vor allem Indien und China können ein „extrem starkes Wachstum“ vorweisen, erläutert Meiser. Besonders hoch ist der Anteil asiatischer Hersteller bei neu zugelassenen Wirkstoffen. Eine Detailanalyse der Studie zeigt: Die europäischen Hersteller haben sich vor allem auf „kleinvolumige, komplexe Wirkstoffe“ spezialisiert, während bei den großvolumigen meist asiatische Hersteller den europäischen Bedarf decken. Meiser betont jedoch: „Die Kapazitäten und das Knowhow für eine Erhöhung der europäischen Produktion sind vorhanden.“ Gründe für die Verlagerung seien vor allem hoher Kostendruck und ungleiche regulatorische Rahmenbedingungen. Christoph Stoller, Präsident des europäischen Generika-Verbandes Medicines for Europe, fordert, die Abwärtsspirale bei den Preisen für Generika zu stoppen. Neben dem Preis sollten weitere Kriterien bei der Vergabe von Aufträgen berücksichtigt werden – etwa mehrere Wirkstoffquellen sowie Umweltfaktoren. Europapolitiker Tiemo Wölken (SPD) hält die Einführung „europäischer Leitlinien für Ausschreibungen“ für geboten. Spahn findet dagegen, die Unternehmen hätten selbst ihren Anteil, indem sie den Krankenkassen von sich aus extrem hohe Rabatte anböten, um Marktanteile zu gewinnen. Er sagt: „Die Politik allein hat uns da nicht reingeführt. Und sie wird uns da auch nicht allein wieder rausführen.“ Nichtsdestotrotz habe man bereits begonnen, Probleme bei Rabattverträgen zu adressieren – etwa im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung und dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz. ●



Bork Bretthauer, Pro Generika (li.), hat die Analyse in Auftrag gegeben. Auf „extrem starkes Wachstum“ in Indien und China macht Studienautor Dr. Andreas Meiser aufmerksam. © pag, Fiolka

## Globale Gesundheit – jetzt mit Strategie

- Berlin (pag) – Das Kabinett hat eine knapp 40-seitige Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit verabschiedet. Unter dem Titel „Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“ wird ein Leitbild für die Zeit bis 2030 formuliert. Zur Halbzeit soll bereits eine Überprüfung stattfinden, der Opposition reicht das allerdings nicht.

„Ohne klaren Zeitrahmen und Überprüfungsmechanismen zur Erfolgsmessung ist die neue Strategie der Bundesregierung nur ein Tropfen auf den heißen Stein“, kritisiert der FDP-Bundestagsabgeordnete Prof. Andrew Ullmann. Die angekündigte Überprüfung zur Halbzeit sei zwar erfreulich, aber die Konkretisierung fehle. Der Gesundheitspolitiker schlägt unter anderem einen Überprüfungsausschuss vor. Dieser sei vom Unterausschuss globale Gesundheit des Deutschen Bundestages zu beauftragen.

Neben der Verbesserung der internationalen Gesundheitssicherheit ist es ein wesentliches Ziel der Strategie, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu stärken. „Wir brauchen eine WHO, die Gesundheitsgefahren global vorbeugen und im Notfall schnell handeln kann“, sagt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Deutschland macht sich unter anderem dafür stark, die WHO-Beiträge substan-

ziell zu erhöhen, „auch um den Bereich des WHO-Notfallprogramms zur Vorbereitung und Reaktion auf Gesundheitskrisen zu stärken“,



heißt es in der Strategie. Dort ist auch von einer Fokussierung auf Kernaufgaben die Rede. Eine weitere Institution, auf die in dem Papier ein Fokus gelegt wird, ist das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC). Ferner werden mit der Strategie die Ziele und Prioritäten der Bundesregierung an neue Herausforderungen wie die Corona-Pandemie und den Klimawandel angepasst und weiterentwickelt. Weiterhin kündigt die Regierung an, ihr Engagement bei Antibiotikaresistenzen fortzuführen. Betont wird: Deren Entstehung und Ausbreitung könne nur sektorübergreifend erfolgen, „wie im Rahmen der Tripartite Initiative von WHO, Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) sowie der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE)“.

### Zum Hintergrund:

Die Strategie wird an die Stelle des im Jahr 2013 verabschiedeten Konzeptes zur globalen Gesundheitspolitik treten, mit dem die Bundesregierung erstmals den deutschen Beitrag in diesem Politikfeld definierte. Der Prozess der Strategieentwicklung hatte im Juni 2018 offiziell begonnen.

### Weiterführender Link

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie\\_Web.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf)



## Ohne Krankenversicherung: Braucht es eine Clearingstelle?

- **Wiesbaden (pag) – Die Zahl der Menschen, die keine Krankenversicherung besitzen, ist in den vergangenen vier Jahren gesunken. Mit unterschiedlichen Zahlen hatte das Statistische Bundesamt allerdings eine Zeit lang Verwirrung gestiftet.**

Alle vier Jahre erhebt das Bundesamt für Statistik im Rahmen des Mikrozensus Angaben zur Krankenversicherung der Befragten. Im August teilt die Behörde mit, dass im vergangenen Jahr 143.000 Bürger über keine Krankenversicherung verfügten – trotz der zehn Jahre zuvor eingeführten Versicherungspflicht. Diese Zahl ruft umgehend Politiker von Linke und SPD auf den Plan, denn vier Jahre zuvor waren es noch 79.000 Personen gewesen. Die Zahl derjenigen, die im Krankheitsfall nur unzureichend geschützt sind, hat sich demnach fast verdoppelt. SPD-Politikerin Bärbel Bas fordert daraufhin eine „Clearingstelle“, die Betroffenen helfen sollte, ihren Versicherungsstatus zu klären, sowie einen Fonds, der in der Zwischenzeit die Behandlungskosten trage. Einen Monat später korrigiert allerdings das Bundesamt seine Angaben: Tatsächlich sei die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung zwischen 2015 und 2019 auf 61.000 zurückgegangen. Experten gehen jedoch von einer deutlich höheren Dunkelziffer aus. „Mein Eindruck ist, dass diese Zahl zu niedrig ist“, sagt etwa Yvonne Vollmer von der Verbraucherzentrale Hamburg. So bleiben zum Beispiel Wohnungslose bei der Haushaltsbefragung außen vor.

### Wer ist nicht versichert?

Der offiziellen Statistik zufolge sind fast zwei Drittel der Betroffenen Männer, besonders oft handelt es sich um Selbstständige und mithelfende Familienangehörige sowie Nichterwerbspersonen. Die meisten Betroffenen

seien jedoch schon vor langer Zeit – meist aufgrund von Beitragsrückständen – aus der Versicherung ausgeschieden und lebten seither ohne den Schutz. Nach heutiger Gesetzeslage ist eine Kündigung wegen ausbleibender Beiträge nicht mehr möglich. Die Angst vor extrem hohen Schulden sei einer der Hauptgründe dafür, dass Menschen nicht mehr in die Versicherung zurückkehrten, sagt Vollmer. 2013 schaffte die Politik mit dem Beitragsschuldengesetz kurzzeitig die Möglichkeit für einen Schuldenschnitt. Seither müssen neu Versicherte die versäumten Beiträge beziehungsweise Prämien zumindest in Teilen nachzahlen – hinzu kommen die regulären monatlichen Zahlungen, die gerade in der PKV hoch ausfallen können. „Allein die Kosten für den Basistarif überschreiten oft die geringen Einkünfte“, so Vollmer. Viele Betroffene fürchteten, abhängig von staatlichen Leistungen zu werden.

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Claudia Schmidtke weist darauf hin, dass Krankenkassen verpflichtet sind, ehemalige Versicherte wieder aufzunehmen. „Es besteht zudem in der Regel die Möglichkeit, Ratenzahlungen zu vereinbaren oder in Härtefällen Beiträge zu stunden“, sagt sie.

Damit will sich Bas nicht zufriedengeben. Es brauche „weitere Regelungen, um die Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung sicherzustellen“. Auch an ihrer Forderung nach einer bundesweiten Clearingstelle und einem Fonds zur Übernahme der Behandlungskosten hält sie trotz korrigierter Zahlen fest. ●

## informativ, fundiert, ausgewogen

Bestellen Sie das kostenlose Magazin „Gerechte Gesundheit“. Im Fokus: die Debatte zu Verteilungsgerechtigkeit und Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Das vierteljährlich erscheinende Magazin enthält Veranstaltungsberichte, Analysen und die Geschichten, die hinter der schnellen Nachricht stecken. Alle Abonnenten erhalten außerdem gratis das monatliche „Telegramm“, ein Update der neuen Inhalte auf [gerechte-gesundheit.de](http://gerechte-gesundheit.de).

Zur Bestellung des Magazins:



[www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html](http://www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html)

Übrigens: Auf [www.gerechte-gesundheit.de](http://www.gerechte-gesundheit.de) können Sie im Archiv die bisher erschienenen Ausgaben nachlesen.

Interessiert an aktuellen Nachrichten? Folgen Sie uns auf Twitter.



[http://twitter.com/#!/GG\\_Portal](http://twitter.com/#!/GG_Portal)



## Impressum

Magazin Gerechte Gesundheit – ISSN: 2625-3313

### Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit  
Albrechtstraße 11  
10117 Berlin  
[www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de)  
030 - 318 649 - 0  
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

### Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Arbeitsgemeinschaft kommunaler  
Großkrankenhäuser e.V.  
Arosener Allee 70  
13407 Berlin

Roche Pharma AG  
Emil-Barell-Str. 1  
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis  
Deutschland GmbH  
Potsdamer Straße 8  
10785 Berlin

