GERECHTE GESUNDHEIT

Das Magazin zur Verteilungsdebatte

ISSN: 2625-3313
Ausgabe 60 – August 2022

Antibiotikaressistenzen

Die stille Pandemie

© istockphoto.com, luchschen

Versorgung

Genommedizin für alle?

Debatte

Gerechte Preise für Arzneimittel

Patienten

Beratung als Systemaufgabe

Still und gefährlich

Ab wann ist eine Bedrohung groß genug, dass sie Menschen zum Handeln bewegt? Diese Frage sollte uns nicht nur beim Klimawandel oder der Coronapandemie beschäftigen.

Antibiotika versagen zunehmend ihren Dienst, weil Keime resistent werden. Das sichere und stets zuverlässige Medikament, das uns bei Krankheiten immer wieder schnell auf die Beine geholfen hat, wird zum Auslaufmodell.

Doch obgleich die Weltgesundheitsorganisation von alarmierenden Ausmaßen spricht und davor warnt, dass 100 Jahre medizinischer Fortschritt zunichtegemacht werden, scheint das Thema außerhalb von Expertenkreisen nur wenig Widerhall zu finden.

Es handelt sich offenbar um eine stille Pandemie, die deswegen aber nicht weniger bedrohlich ist.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin

Inhalt

Im Fokus

4 **Die Systemaufgabe**
Patientenberatung wird auf neue Füße gestellt

7 **Genommedizin für alle?**
Initiativen und Verzögerung auf dem Weg zur Regelversorgung

10 **Der gerechte Preis**
Arzneimittel als Heilsbringer und Kostenfalle

15 **Die stille Pandemie**
Gefahr von Antibiotikaresistenzen wird massiv unterschätzt

Im Gespräch

18 **„Jahrelange Vernachlässigung des Vergütungsthemas“**
Dr. Marc Gitzinger mahnt rasche Reformen bei Antibiotika an

In Kürze

20 **Ethik-Kodex: Zwischen Patientenwille und Ökonomie**

21 **Appell: Umweltfreundlichere Diagnostik und Therapie**

22 **Die Fürsprecher an den Kliniken**

23 **Migranten droht Versorgungslücke**

24 **Priorisierung, Rationierung, sozialer Unfrieden**

25 **GKV-Stabilisierung mit reichlich Zündstoff**

26 **Kulturwandel in der Geburtshilfe gefordert**

Die Systemaufgabe

Patientenberatung wird auf neue Füße gestellt

• Berlin (pag) – Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gibt es seit rund 20 Jahren, jetzt soll sie neu aufgestellt werden. Bereits im Herbst beginnt die gesetzliche Ausgestaltung, kündigt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung auf einer Veranstaltung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) an. Dort wird deutlich: Über die Leitprinzipien der neuen UPD ist man sich einig, bei der praktischen Ausgestaltung gibt es dagegen noch einige Fragezeichen.

Dass weiterhin Bedarf bei den Patienten für eine zentrale Informations- und Beratungsstelle besteht, ist unstrittig. Hoch komplex sei das deutsche Gesundheitswesen, konstatiert vzbv-Interims-Vorständin Jutta Gurkmann. Es bestehe ein „riesiges Wissensgefälle“ der Patientinnen und Patienten sowohl gegenüber den Krankenkassen als auch gegenüber den Behandlern.

Inventur steht an

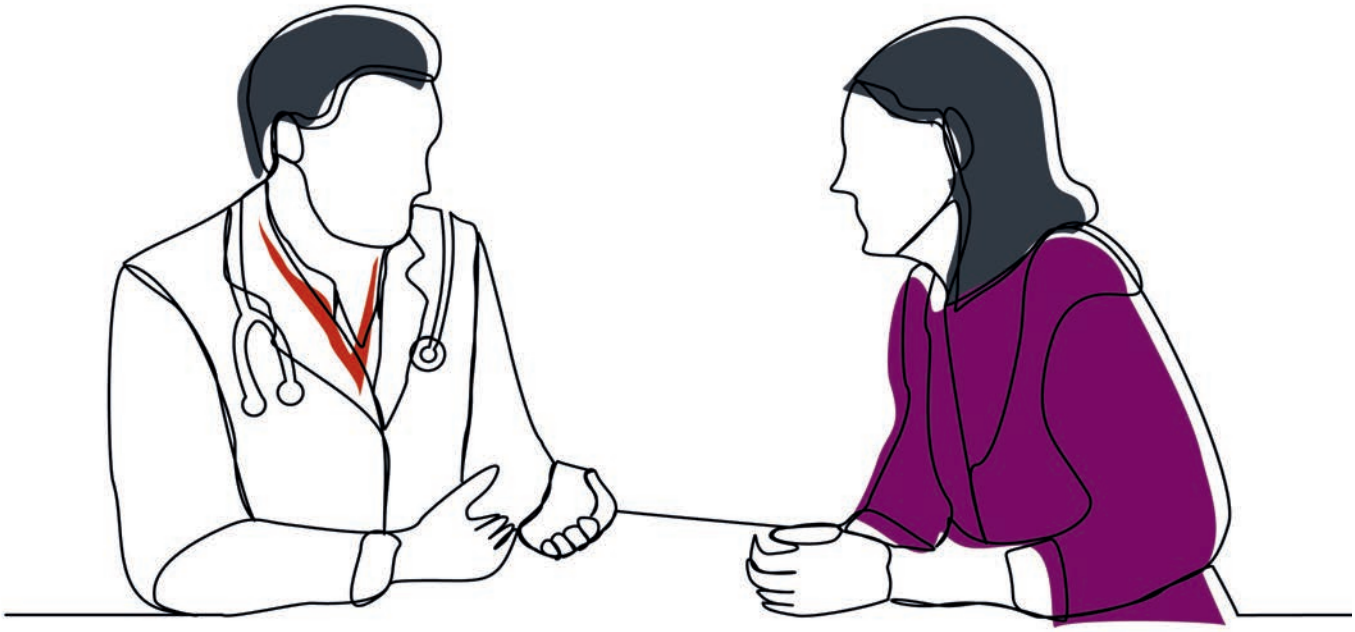
Den vom vzbv geforderten Neustart bei der UPD ordnet der Patientenbeauftragte Stefan Schwartze in seinem Impulsreferat auf der Tagung ganz grundsätzlich ein: Um Patientenorientierung, Empowerment und aktive Beteiligung weiterzuentwickeln, gebe es zwei wirksame Instrumente im Gesundheitswesen – die UPD zur individuellen Stärkung der Patienten und zweitens die Patientenbeteiligung als kollektives Recht der benannten Patientenorganisationen (*siehe Infokasten*). Beide Instrumente seien mittlerweile fast genau 20 Jahre alt. „Es steht an, sie einer Inventur zu unterziehen und sie zukunftsweisend zu gestalten“, sagt Schwartze.

Im Fall der UPD muss die Umgestaltung ziemlich rasch erfolgen, denn noch aus der vergangenen Wahlperiode hat die Regierung die Hausaufgabe übernommen, bis zum 1. Januar 2024 eine neue Lösung zu installieren. Bis zu diesem Zeitpunkt laufen die jetzigen Verträge noch, erläutert Schwartze. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Patientenberatung in eine „dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur“ zu überführen und zwar unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen. Dem Patientenbeauftragten ist darüber hinaus eine regionale Vertretung der UPD ein besonderes Anliegen: Damit es Ansprechpartner gibt, „die man nach dem ersten Kontakt etwa über das Telefon aufsuchen kann und die sich auch die Unterlagen angucken können“.

Maria Klein-Schmeink, stellvertretende Fraktionsvorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen, hebt als Anforderung an die neue UPD insbesondere deren Unabhängigkeit hervor. Nicht zuletzt, weil sie als lang-

Patientenbeteiligung in der Selbstverwaltung

Laut Koalitionsvertrag soll Patientenbeteiligung insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden. Schwartze hat sich bereits mit Patientenvertretern aus dem Koordinierungskreis Patientenbeteiligung im G-BA getroffen. „Nach deren Schilderung kämpfen im wahrsten Wortsinn circa 300 Ehrenamtliche in 80 Ausschüssen, unterstützt von elf Hauptamtlichen, gegen die hochprofessionelle Maschinerie der anderen Bänke“, berichtet er. Ihm liegt die Stärkung der professionellen Ressourcen am Herzen, um eine inhaltliche Verhandlung auf Augenhöhe zu ermöglichen. Die benannten Patientenorganisationen, ihr Koordinierungskreis und die Stabsstelle Patientenbeteiligung benötigten dringend mehr bezahlte hauptamtliche Struktur und substanzielle finanzielle Aufwandsentschädigung für die ehrenamtliche Aufgabe der Patientenbeteiligung. „Ich habe hier Gesprächsbereitschaft und meine Unterstützung signalisiert“, betont der Regierungsvertreter. „Patientenorientierung beziehungsweise -zentrierung kann nur gelingen, wenn die Perspektive der Patienten bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgungsprozesse und bei der Entwicklung von Leistungsinhalten einbezogen wird.“



© stock.adobe.com, MuhammadZulfan

jährige Berichterstatterin Patientenrechte ihrer Fraktion Erfahrungen mit „versuchter und praktizierter Einflussnahme“ machen musste. Die Politikerin verweist etwa auf große Kämpfe darum, wie Monitorberichte der UPD ausgestaltet werden sollten. Auch den Einbezug der Patientenorganisationen begrüßt Klein-Schmeink. Sie geht davon aus, dass diese dadurch mehr Gewicht im gesamten System bekommen.

Wie unabhängig finanzieren?

Die Frage nach der Rechtsform scheint noch offen zu sein: gemeinnützige GmbH oder Stiftung, für beide Optionen gibt es gute Argumente. Der vzbv bevorzugt allerdings letzteres, denn eine Stiftung habe einen besseren Ruf und signalisiere mehr Unabhängigkeit, argumentiert Gurkmann. Schwartze vermeidet es dagegen, sich festzulegen. „Es spricht einiges für das Stiftungsmodell, es kann aber auch mit einer gGmbH gelöst werden“, sagt er.

Auch bei der Finanzierung, die Unabhängigkeit zur Bedingung hat, sind zwei Varianten im Gespräch: Naheliegend scheint eine Steuerfinanzierung zu sein. Grünen-Politikerin Klein-Schmeink bringt noch eine Variante ins Spiel – und zwar per Umlage im Gesundheitssystem. Doch ganz gleich, welche Option es am Ende wird, eines ist ihr wichtig festzuhalten – die Stärkung von Patienten ist eine Systemaufgabe. ●

Monitor Patientenberatung kritisiert Dauerbaustellen

Der Monitor Patientenberatung 2021 wurde unlängst von der UPD veröffentlicht. Darin genannt werden einige Dauerbaustellen des Versorgungssystems: „Die Suche nach einem Psychotherapieplatz blieb auch in 2021 für Patientinnen und Patienten mangels ausreichender Therapieplätze eine langwierige und frustrierende Erfahrung”, vermeldet die UPD. Daran habe auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nichts geändert. Auch bei fragwürdigen Praktiken im Leistungsgeschehen von Krankenkassen ließen Verbesserungen weiter auf sich warten. Ratsuchende im Krankengeldbezug berichteten der UPD weiterhin davon, dass sie sich von ihren Kassen telefonisch unter Druck gesetzt fühlen. Im Rahmen von Widerspruchsverfahren erhalten Versicherte nach wie vor verwirrende Zwischennachrichten, die sie zu einer ungerechtfertigten Rücknahme ihres Widerspruchs verleiten sollen. „Dass Patientinnen und Patienten in prekären Situationen in Angst vor Anrufen oder Schreiben ihrer Krankenkassen leben, ist nicht akzeptabel“, sagt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Solche zum Teil sogar rechtswidrigen Praktiken müssten eingestellt werden.

© istockphoto.com, Olena Yepifanova

Genommedizin für alle?

Initiativen und Verzögerung auf dem Weg zur Regelversorgung

• Berlin (pag) – Genommedizin hat das Potenzial, die Prävention, Diagnose und Behandlung von bestimmten Krankheiten entscheidend zu verbessern. Allerdings ist sie hierzulande noch nicht in der Regelversorgung angekommen. Zwei Initiativen leisten dafür derzeit die Vorarbeit und sollen künftig besser miteinander verzahnt werden. Doch der Weg zur flächendeckenden Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist steinig.

Die Genommedizin nutzt Sequenzinformationen für eine genetische Diagnostik und klinische Interpretation der individuellen Erbinformation. Ärztinnen und Ärzte können damit Krankheiten immer besser diagnostizieren sowie optimale Präventionsmaßnahmen und Therapien einleiten. Eine personalisierte Medizin, basierend auf Erkenntnissen der Analyse des individuellen Erbmaterials eines einzelnen Menschen, ist damit in greifbare Nähe gerückt. So erklärt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) diesen innovativen medizinischen Ansatz, der bereits heute in Deutschland erfolgreich eingesetzt wird. Allerdings noch längst nicht bei allen Patienten, die davon profitieren könnten, denn regelhaft steht dieses Versorgungsangebot noch nicht zur Verfügung.
Als Wegbereiter dafür gilt die 2019 vom BMG gestartete und mit über acht Millionen Euro unterstützte Initiative genomDE. Sie soll Standards für den klinischen Einsatz von Genomdiagnostik, die qualitätsgesicherte Sequenzierung und die interdisziplinäre Auswertung der Sequenzdaten etablieren. Auch eine bundesweite Plattform für diagnostisch erhobene genetische Daten soll konzipiert und aufgebaut werden. Diese soll ein immer wieder postuliertes Ziel verwirklichen, nämlich Gesundheitsversorgung und Forschung miteinander zu verbinden.

Es hängt am Vertrauen

Bei dem genomDE-Symposium im Juli betont Petra Brakel, Leiterin der Unterabteilung Medizinprodukte, Apotheken und Betäubungsmittel im BMG, dass die datenbasierte Versorgung eine ganz grundlegende Voraussetzung habe: das Vertrauen aller Beteiligter – insbesondere aller Patientinnen und Patienten – in die sicherheitstechnischen, die datenschutzrechtlichen und ethischen Standards, die in diesem Verfahren eingesetzt werden. Dafür werde genomDE konkrete Lösungsansätze entwickeln.
Zur Anwendung kommen sollen diese in einem weiteren Projekt, dem Modellvorhaben Genomsequenzierung nach Paragraf 64e SGB V, das kurz vor Ende der vergangenen Legislatur mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung auf die Schiene gesetzt wurde. Ziel dieses Projektes ist die Implementierung einer umfassenden Diagnostik und personalisierten Therapiefindung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen mittels umfangreicher Genomsequenzierung – und zwar im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs. Die Regelung soll nach erfolgreicher Evaluation Eingang in die Regelversorgung erhalten. Die Laufzeit beträgt fünf Jahre.

Grundlegende Voraussetzung für die datenbasierte Versorgung ist das Vertrauen aller Beteiligter, sagt Petra Brakel, BMG. Johannes Wolff, GKV-Spitzenverband, verlangt von der Genommedizin einen „klinisch relevanten Mehrwert“ für die Behandlung. Fotos © pag, Fiolka

Nicht mit der Schrotflinte

BMG-Vertreterin Brakel hebt die Bedeutung des Modellvorhabens klar hervor: Man lege damit die Basis für eine innovative, bundesweit einheitliche und qualitativ hochwertige Genomdiagnostik bei seltenen und onkologischen Erkrankungen. „Wir stellen damit sicher, dass alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht nur diejenigen, deren Krankenkasse gegebenenfalls schon ein Projekt betreibt, Zugang zu diesen Versorgungsformen haben.“

Johannes Wolff vom GKV-Spitzenverband betont in seinem Vortrag vor allem den Modellcharakter. Man versuche, einen Startpunkt zu finden, es gehe aber nicht darum, eine Flächendeckung und Regelversorgung zu etablieren und alle denkbaren Indikationen einzubeziehen. Bezüglich der teilnehmenden Patienten weist Wolff darauf hin, dass der Erkenntnisgewinn „voraussichtlich wesentlich“ sein müsse: Klinisch relevanter Mehrwert für die Behandlung oder wesentliche Erkenntnis für die Diagnose lauten die Stichwörter. Das ist auch für die vorgesehene Evaluation von entscheidender Bedeutung, denn: „Je mehr wir mit der Schrotflinte auf das Thema Genomsequenzierung schießen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis nicht so überzeugend ist“, ist der Kassenvertreter überzeugt. Er empfiehlt, sich auf jene Bereiche zu konzentrieren, in denen den Patienten bei der Versorgung ein Nutzen entsteht, um gleichzeitig zu vermeiden, dass sie „genauso früh sterben, aber doppelt so teuer“ sind.

Ein herber Schlag

Wolff zufolge sind derzeit 20 Krankenhäuser an den Vertragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband beteiligt, nachdem anfangs 52 Anträge von 29 Kliniken eingegangen waren (27 für den Bereich Onkologie, 25 für seltene Erkrankungen). Ihm ist es wichtig hervorzuheben, dass es sich um ein dynamisches Vertragswerk handele. Beispielsweise kann der Kreis der teilnehmenden Häuser größer werden, auch der Beitritt der PKV ist gesetzlich vorgeschrieben. Anpassungen an andere Indikationen und neue Vergütungen sollen ebenfalls regelmäßig überprüft werden.

Der Startschuss für dieses mit Spannung erwartete Modellvorhaben soll allerdings nicht, wie ursprünglich vorgesehen, Anfang 2023 fallen. Wie auf dem Symposium bekannt gegeben wird, geht es erst im Januar 2024 los. Ein Jahr länger zu warten, mag für die Akteure des Gesundheitswesens hinnehmbar sein, für die betroffenen Patientinnen und Patienten ist es jedoch ein herber Schlag. ●

Stichwort: Wissensgenerierende Versorgung

Auf dem Symposium unterstreicht Dorothee Andres, ebenfalls BMG, dass die Initiative genomDE das für das Modellvorhaben Genomsequenzierung wichtige Konzept einer wissensgenerierenden Versorgung erarbeite. Auch Sebastian Semler, Geschäftsführer der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung, hebt hervor, dass die Basis von genomDE ein wissensgenerierendes Versorgungskonzept für Patientinnen und Patienten sein werde. Dieses werde die Nutzung von klinischen und assoziierten genomischen Daten für die individuelle Behandlung sowie für die Forschung zur kontinuierlichen Verbesserung von Diagnostik und Therapie ermöglichen. Die notwendigen Eckpunkte für eine wissensgenerierende Versorgung erläutert auf der Veranstaltung der Onkologe Prof. Michael Hallek, Universitätsklinikum Köln. Dazu zählt er neben dem spezifischen Wissen zu den jeweiligen Krankheitsbildern die Einbeziehung translationaler Spitzenforschung an großen, vernetzten Zentren sowie die Schaffung weiterer vernetzter Strukturen. Wichtig sei eine reibungsfreie Interaktion von Leistungserbringern und forschenden Einrichtungen. Digitalisierung und Interoperabilität der Datenbewirtschaftung seien ebenfalls wichtige Bausteine, ebenso wie der Abbau bürokratischer Hürden und spezielle Managementkompetenzen.

© istockphoto.com, Ratsanai

© istockphoto.com, master1305, Andy, Bearbeitung: pag, Fiolka

Der gerechte Preis

Arzneimittel als Heilsbringer und Kostenfalle

• Berlin (pag) – Zolgensma, das derzeit als das teuerste Medikament der Welt gilt, hat die Debatte um angemessene Arzneimittelpreise neu angefacht, die zuvor das Hepatitis-C-Medikament Sovaldi ausgelöst hat. Weitere hochpreisige Arzneimittel werden für die kommenden Jahre erwartet. Auf seiner Jahrestagung mit dem Titel „Hohe Preise, gute Besserung?“ diskutiert der Deutsche Ethikrat über den solidarischen und gerechten Umgang mit neuen teuren Medikamenten.

Zolgensma, ein Gentherapeutikum gegen spinale Muskelatrophie, kostete bei Markteinführung in Deutschland mehr als zwei Millionen Euro pro einmalig notwendiger Dosis. Kaftrio, ein hochwirksames Medikament gegen die Symptome von Mukoviszidose, schlägt im Jahr mit 275.000 Euro je Patientin oder Patient zu Buche. Der Ethikrat weist auf die Herausforderungen hin, die solch hohe Preise mit sich bringen: Angesichts begrenzter Ressourcen in einem solidarischen Gesundheitswesen gelte es, die Ansprüche von allen Versicherten auf bestmögliche Behandlung, aber auch die von forschenden Arzneimittelherstellern auf Refinanzierung ihrer Investitionen gegen das Erfordernis abzuwägen, Gesundheitskosten und insbesondere Krankenkassenbeiträge nicht beliebig ansteigen zu lassen.

Paradoxien und Aufreger

Die Jahrestagung des Gremiums wirft verschiedene Schlaglichter auf dieses hochkomplexe Thema, das „voller Paradoxien und Aufreger“ steckt, wie es Prof. Bertram Häussler vom IGES Institut ausdrückt. Im ersten Vortrag der Veranstaltung nennt er einige aufschlussreiche Zahlen: Den Aufschlag der gesetzlichen Krankenversicherung für Forschung und Entwicklung (F&E) beziffert er etwa auf elf Milliarden Euro pro Jahr. 90 Prozent der Arzneimittel seien für einen Durchschnittspreis von 30 Cent pro Tag zu haben. Und: Mit 330 Milliarden seien die weltweiten F&E-Ausgaben – die öffentlichen sind darin inkludiert – so hoch wie ein Viertel der Verteidigungsausgaben aller NATO-Staaten. Der Institutschef stellt außerdem Preisbildungsmechanismen von Arzneimitteln dar. Alter und Menge seien wichtige Steuerparameter. Nach Ablauf des Patents falle der Preis stark. Je mehr Patienten es gebe, an die das Medikament abgegeben werden kann, desto geringer der Preis, denn in diesem Fall verteile sich die Ausgabensumme für F&E auf mehr Einheiten.
Die Ausgaben für F&E eines neuen Arzneimittels wurden in einer Studie aus dem Jahr 2003 auf 400 Millionen Dollar beziffert, dabei eingerechnet sind auch die Kosten für die Misserfolge anderer Arzneimittelentwicklungen. Häussler weist außerdem auf eklatante Preisunterschiede zwischen den verschiedenen Krankheitsgebieten hin: Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen werde immer weniger ausgegeben, solche Medikamente „kosten ja nur noch einen Cent pro Tag und mit Rabatten sind das zwei Drittel Cent pro Tag“. Anders sehe es in der Onkologie aus, ein Bereich mit derzeit vielen Neuzulassungen.

Forschung in Kenia

Den stetigen Strom an Innovationen nennt der Arzneimittel-Experte das „Weltkulturerbe der Pharmazie“. Vor 20 Jahren hätten nur acht Länder dazu beigetragen, mittlerweile seien es bereits 25. Von Indien und China werde man in den nächsten fünf Jahren viel mehr sehen, prophezeit Häussler. Er geht insgesamt von einer „Pluralisierung, Liberalisierung und Demokratisierung“ des Forschungsgehens aus. Demnächst werde beispielsweise in Kenia ein forschendes Pharmaunternehmen an den Start gehen. Möglich sei das, weil Technologie und Kapital transportabel sind. Außerdem würden bereits 29 Prozent der Arzneimittel von Ein-Produkt-Firmen eingebracht. Dagegen käme von Big Pharma, das heißt sechs Firmen, 19 Prozent der Arzneimittel. „Ganz viele der kleinen forschungsgetriebenen Pharmafirmen laufen heutzutage vom Homeoffice aus, die Prozesse werden fast nur noch virtuell geleitet“, berichtet Häussler. Die von ihm erwartete Verbreitung von Forschungsaktivitäten in Länder, die in diesem Bereich vorher noch nicht aktiv waren, hält er insbesondere vor dem Hintergrund der globalen Gerechtigkeitsdiskussion für eine faszinierende Botschaft.

Verbluten, verkrüppeln, verarmen

Zwei Impulse auf der Jahrestagung berichten direkt aus der Versorgungsperspektive. Das ist zum einen der Mukoviszidosepatient Stephan Kruip, der auch Mitglied des Ethikrats ist, und zum anderen die Ärztin Prof. Bettina Kemkes-Matthes vom Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Letztere berichtet von den enormen Therapiefortschritten bei der Hämophilie. Früher habe den Patienten die vom Mediziner Rudolf Marx geprägten „drei Vs“ gedroht: verbluten, verkrüppeln, verarmen. Heutzutage könnten sie ein weitgehend normales Leben führen. „Unsere Patienten verbluten nicht mehr wie vor 100 Jahren, sie sterben nicht mehr an Infektionen wie vor 50 Jahren, sondern sie sterben an ‚normalen‘ Todesursachen“, betont die Medizinerin.

Entscheidende Therapiefortschritte für Hämophilie-Patienten: virussichere aus menschlichem Blut hergestellte Konzentrate sowie gentechnisch hergestellte Konzentrate mit einer verlängerten Halbwertszeit, sodass sich die Patienten nicht mehr alle zwei Tage spritzen müssen.

Kriterien zur Rechtfertigung eines Medikamentenpreises

Stephan Kruip auf der Jahrestagung 2022 des Deutschen Ethikrates

Kriterium 1: Angebot und Nachfrage

Kriterium 2: Herstellungskosten

Kriterium 3: Return on Investment

Kriterium 4: Einsparung bei anderen Therapien

Kriterium 5: Kann dieser Preis auf andere seltene Erkrankungen übertragen werden?

Kriterium 6: Qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY)

Kriterium 7: Solidarische Krankenversicherung

© iStock.com, payaercan

Zu den durch die Industrie ermöglichten Fortschritten zählt sie virussichere aus menschlichem Blut hergestellte Konzentrate sowie gentechnisch hergestellte Konzentrate mit einer verlängerten Halbwertszeit, sodass sich die Patienten nicht mehr alle zwei Tage spritzen müssen. Doch auch die Kosten verschweigt sie nicht: Allein die Konzentrate kosteten 900 Millionen Euro jährlich, jeder gesetzlich Versicherte zahle damit zwölf Euro pro Jahr für die Therapie. „Die Lebensqualität und das Überleben des Patienten ist ganz klar davon abhängig, wie viel finanzielle Mittel für ihn verfügbar sind“, lautet ihr Fazit.

Unbezahlbarer Zusatznutzen

Der Mukoviszidosepatient Kruip beleuchtet den finanziellen Aspekt noch ausführlicher am Beispiel des Medikaments Kaftrio, das für Betroffene einen, so stellt er klar, „unbezahlbaren“ Zusatznutzen habe: „Das ist so entscheidend für die Verbesserung der Lebensqualität, der Gesundheit, der Lebenserwartung, der Möglichkeiten Geld zu verdienen, auch Partner zu kriegen, Kinder zu bekommen – in den letzten Jahren ist die Zahl der Schwangerschaften bereits bei Mukoviszidosepatienten angestiegen – dass wir auf dieses Medikament nie mehr verzichten wollen.“ Aus Sicht der Betroffenen müsse der Zugang zu diesem Medikament dauerhaft und weltweit gesichert sein. Die Voraussetzung dafür sei ein fairer und nachhaltiger Preis.

Basierend auf den Jahrestherapiekosten von 250.000 Euro rechnet Kruip vor, dass in Deutschland Medikamentenkosten von 1,3 Milliarden Euro jährlich entstehen würden, wenn das Mittel von 80 Prozent der 6.500 Mukoviszidosepatienten genommen werden würde – vorausgesetzt der gegenwärtige Preis bleibt bestehen. Kruip hat Kriterien zur Rechtfertigung des Preises entwickelt (*siehe Infokasten*).

Zu seinem siebten Kriterium „Solidarische Krankenversicherung“ führt er aus, dass 78 völlig gesunde Versicherte ihren monatlichen Beitrag von 270 Euro nur dafür zahlen müssten, um für einen Patienten das Medikament Kaftrio zu finanzieren. Kruip fragt sich daher, „wann diese Solidarität überspannt wird“.

Auch das Thema Verteilungsgerechtigkeit wird am Beispiel Mukoviszidose konkret fassbar. Kruip kritisiert einen Geldmangel in der Versorgung, insbesondere bei den Spezialambulanzen. „Wir brauchen 400 Euro pro Monat und Patient, um diese zu finanzieren“. Die Krankenhäuser bekämen nur einen Bruchteil davon und jene, die es gut machten, würden bestraft. „Hier geht es um zwei Prozent der Medikamentenkosten und das macht uns natürlich Sorgen.“

Der Patientenvertreter plädiert unter anderem im AMNOG für einen Interimspreis – ein Vorschlag, den der AOK-Bundesverband bereits vor einiger Zeit ins Spiel gebracht hat.

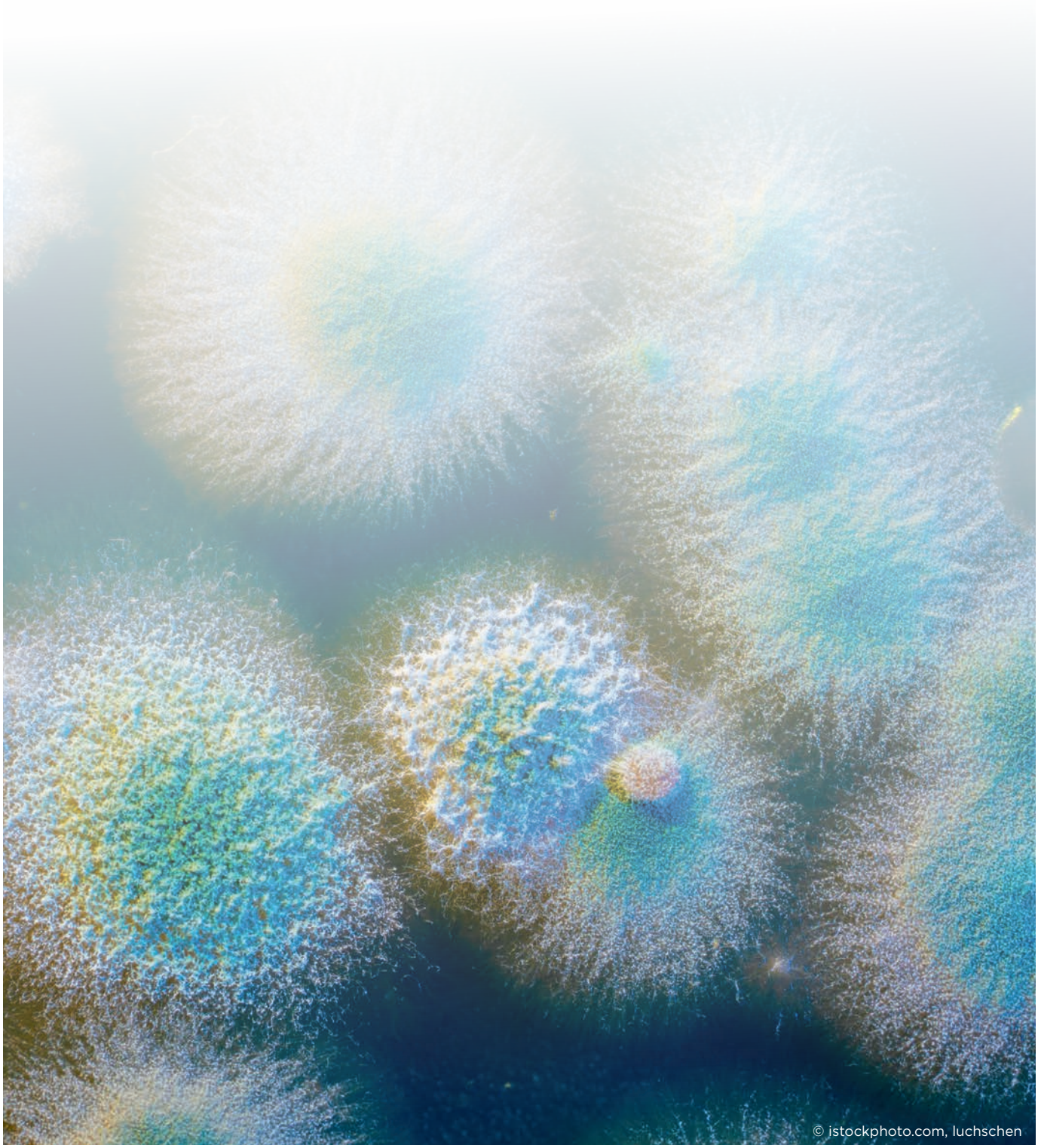
Nutzen versus Gleichbehandlung

Darüber hinaus fordert er grundsätzlich eine gesellschaftliche Aushandlung und öffentliche Diskussion dazu, wo Grenzen zu ziehen seien und ob es Limitierungsentscheidungen geben sollte – und wenn ja, wo. Der Theologe Prof. Markus Zimmermann geht in seinem Vortrag anschließend der Frage nach, wer über den Zugang zu neuen Medikamenten entscheiden sollte. Unstrittig sei, dass die konkrete Entscheidung von der zuständigen politischen Behörde gefällt werden müsse. Idealerweise auf Grundlage von evidenzbasiertem Wissen über Wirksamkeit, zuverlässigen Berechnungen der Kosteneffektivität und des Zusatznutzens sowie auf Basis einer interdisziplinären HTA-Untersuchung, bevor dann eine Empfehlung – und keine Entscheidung – an eine von all diesen Vorarbeiten getrennte funktionierende Beschlussinstanz abgegeben wird, erläutert Zimmermann.
Durchaus unterschiedlich werde allerdings gehandhabt, wer über die Gewichtung der genannten Elemente befindet. In einigen Ländern wie Schweden oder Großbritannien wurde dabei die Öffentlichkeit in Form von Bürgerforen beziehungsweise Citizen Councils einbezogen, berichtet der in der Schweiz lehrende Professor. Dort setze man auf das Votum eines Expertengremiums. Allerdings habe die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, deren Vizepräsident Zimmermann ist, der Schweiz empfohlen, von Schweden zu lernen und öffentliche Prozesse zu fördern. So soll abgesichert werden, dass Entscheidungen zum Zugang zu teuren Medikamenten auf tatsächlich vertretenden Werthaltungen beruhen. „Klar scheint uns, dass HTA-Empfehlungen zur Finanzierungspraxis von Medikamenten stets auch Werturteile beinhalten und daher auch nicht rein technokratisch beantwortet werden können und somit geht es bei dem Ganzen auch um die Frage des staatlichen Paternalismus in diesem Bereich.“. ●

Was ist die „Rule of Rescue“?

Bei Fragen der Verteilungsgerechtigkeit wird meist über geeignete Allokationskriterien diskutiert. Bei der Jahrestagung des Ethikrats unterscheidet der Theologe Prof. Markus Zimmermann zwischen prozeduralen wie transparente Begründung und inhaltlichen. Zu letzteren zählt er das Menschenwürde-, Bedürftigkeits-, Solidaritäts-, Wirksamkeits- und Nutzenprinzip. Die Prinzipien an sich seien kaum umstritten, ihre Anwendung in den einzelnen Bereichen aber durchaus. Ein besonders schwieriges Thema sei beispielsweise die „Rule of Rescue“. Dabei geht es um die im individuellen Ethos verankerte spontane Neigung, Menschen in Not zu helfen – auch dann, wenn die dafür aufzuwendenden Mittel irrational hoch sind und dann in der Folge an anderen Stellen fehlen. „Was auf der Mikroebene zu begrüßen ist, kann auf der politischen Makroebene das Dilemma aufwerfen, bei der Ressourcenallokation zwischen Menschen in akuter Not und Menschen, die aufgrund der dann getroffenen Entscheidung später in Not geraten werden, entscheiden zu müssen“, erläutert Zimmermann. Ein aktuelles Beispiel sei die im Frühjahr 2020 getroffene Entscheidung, alle Kräfte bei der Intensivmedizin zu bündeln, um dort Leben zu retten. Die unbeabsichtigte Nebenfolge bestehe darin, dass Menschen mit Tumorerkrankungen jetzt sterben, weil sie viel zu spät behandelt wurden.

Prof. Markus Zimmermann, Deutscher Ethikrat



© istockphoto.com, luchschen

Die stille Pandemie

Gefahr von Antibiotikaresistenzen wird massiv unterschätzt

• Berlin (pag) – Zunehmende Antibiotikaresistenzen gelten als stille Pandemie. Obgleich daran weltweit über eine Million Menschen jährlich sterben, scheint das bislang lediglich Experten zu alarmieren. Die Prognosen sind düster, die Appelle an die Politik, zu handeln, werden immer drängender.

An dramatischen Äußerungen zur Lage fehlt es nicht. Auf die Liste der zehn größten Gefahren für die globale Gesundheit hat beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die zunehmenden Resistenzen gesetzt. Die Welt könnte ins Vor-Penicillin-Zeitalter zurückfallen, 100 Jahre medizinischer Fortschritt würden zunichte gemacht, mahnt WHO-Generalsekretär Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus bereits vor zwei Jahren.

Resistenz bleibt unerwähnt

Dr. Tim Eckmanns, beim Robert Koch-Insitut für die Überwachung von Antibiotikaresistenzen und -verbrauch zuständig, ordnet bei einer Veranstaltung im Jakob-Kaiser-Haus des Bundestags vor einigen Wochen die Situation ganz grundsätzlich ein: Weltweit seien 2019 einer systematischen Analyse zufolge 1,27 Millionen Menschen wegen einer Antibiotikaresistenz gestorben. Bei weiteren 4,95 Millionen, die ebenfalls an antibiotikaresistenten Erregern gestorben sind, sei unklar, ob die Resistenz oder der Erreger alleinige Ursache war. Rechnet man diese Zahlen zusammen, so sind deutlich mehr Menschen wegen einer Antibiotikaresistenz gestorben als an Malaria und HIV/Aids zusammen. Von einer stillen Pandemie spreche man auch deshalb, erläutert Eckmanns, weil dem nicht jedes Mal ein Name gegeben werde. „Die Leute sterben an einer Sepsis oder an einer Pneumonie und die Antibiotikaresistenz wird dabei nicht erwähnt."

Der Public-Health-Experte verweist auf einen bekannten Report zu dem Thema von Dr. Jim O´Neill aus dem Jahr 2014. Demnach werden die Todesfälle wegen Resistenzen auf zehn Millionen in 2050 steigen – wenn man nicht gegengesteuert. Die Kosten veranschlagt der Ökonom in diesem Szenario auf 100 Billionen Dollar global. „Wir müssen handeln", sagt Eckmanns.

Raus aus dem Kreisverkehr

Apropos Handeln: Bei der Veranstaltung im Bundestag stellt sich das neu gegründete Deutsche Netzwerk gegen Antimikrobielle Resistenzen (DNAMR) vor. Forscherinnen und Forscher öffentlicher Einrichtungen, Start-ups und Pharmaindustrie haben sich als Bündnis zusammengeschlossen, um „mit einer Stimme zu sprechen und die Politik zu involvieren", wie es Co-Sprecher Prof. Achim Hörauf ausdrückt. Mit seinem Team entwickelt er an der Universität Bonn neue Antibiotika. Aus der universitären Forschungsperspektive sagt er: „Wir wollen als Forscher erfolgreich Antibiotika entwickeln, stehen aber vor dem Problem, was wir mit einem guten Kandidaten machen, wenn die Industrie das Ganze nachher aus finanziellen Erwägungen nicht mehr aufgreifen kann." Der Markt in der EU müsse so gestaltet werden, dass sich Antibiotikaforschung wieder lohnt, sagt er in Richtung Politik. „Wir dürfen nicht noch ein paar Jahre im Kreisverkehr bleiben, sondern müssen zu einer Lösung kommen", fordert Hörauf.

Warnung vor der stillen Pandemie (von links): Der Unternehmer Dr. Marc Gitzinger, Universitätsforscher Prof. Achim Hörauf und Public-Health-Experte Dr. Tim Eckmanns nehmen das Problem zunehmender antimikrobieller Resistenzen sehr ernst. © pag, Fiolka

„Furchtbar fragil“

Das verlangt auch Dr. Marc Gitzinger. Der Gründer und CEO von BioVersys, der ebenfalls dem Netzwerk angehört, sagt: „Wenn wir verantwortungsvoll neue Antibiotika verwenden wollen, dann dürfen wir sie nicht verkaufen und das ist ein Problem.“ Gitzinger berichtet aus der Perspektive der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die mittlerweile bei der Entwicklung neuer Antibiotika eine entscheidende Rolle spielen. Der WHO zufolge sind 80 Prozent der heutigen Entwicklungsbeispiele von KMU. Oft handele es sich um Kleinstunternehmen mit fünf Mitarbeitern, berichtet Gitzinger. „Das ist alles furchtbar fragil: Wir haben null Einnahmen, alles investiert über Investoren und Forschungsgelder.“

In dieser Hinsicht hat sich mittlerweile einiges getan: Nach Angaben des Bundesforschungsministeriums beteiligt sich die Bundesregierung von 2018 bis 2028 mit bis zu 500 Millionen Euro an verschiedenen Programmen. Dazu gehören etwa die „Global Antibiotic Research and Development Partnership“ (GARDP), der „Cobating Antibiotic Resistant Bacteria Biopharmaceutical Accelerator“ (CARB-X), die nationale Wirkstoffinitiative sowie die „European and Developing Clinical Trials Partnership“ (EDCTP). Antibiotikaforschung ist zudem ein Schwerpunkt des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF), das von Bund und Ländern finanziert wird.

Interesse verschwindend gering

Gitzinger zufolge hat die Forschungsförderung bewirkt, dass die präklinische Forschung wieder neue Innovationen bringe. Weiterhin bestehe jedoch das Problem, dass die Pipeline heute noch immer viel zu „dünn“ sei, es zu wenig neue Medikamente für die Vielzahl von verschiedenen Infektionen gebe. Der Hauptgrund dafür sei, dass sich der Privatsektor fast komplett aus dem Feld der Antibiotika verabschiedet habe, weil es keinen funktionierenden Markt gebe. „Verschwindend gering“ sei das Interesse daran im Vergleich zu Krebs oder der Immunologie, konstatiert der Unternehmer. Er fordert von der Politik neue Vergütungssysteme, die es dem Privatsektor wieder ermöglichten, das Entwicklungsrisiko auf sich zu nehmen, aber im Erfolgsfall auch vergütet zu werden.

Entscheidend dafür ist, die Vergütung vom Verkaufsvolumen zu entkoppeln. Entsprechende Modelle müssen nicht erst mühsam entwickelt werden, sie existieren bereits. Gitzinger nennt das Subscription-Modell, bei dem Staaten den Zugang zu einem neuen Antibiotikum erwerben und zwar unabhängig vom Volumen. Institutionen wie das Robert Koch-Institut oder Experten der Krankenhäuser entscheiden dann, wann das neue Mittel adäquat eingesetzt wird. Bei der Transferable Exclusivity Extension (TEE) geht es dagegen im Wesentlichen um einen Gutschein, den eine Firma erhält, die ein neues Antibiotikum entwickelt hat. Diesen kann sie selbst verwenden oder an einen anderen Hersteller weiterverkaufen, der ein hochlukratives Medikament hat und mit dem Kauf eine längere Marktexklusivität erwirbt, erläutert Gitzinger.

Für die EU-Ebene sei eher das TEE-Modell geeignet findet er, nationale Regelungen sollten ergänzend etabliert werden. Wichtig sei, dass endlich nachhaltig und sinnvoll gehandelt werde, appelliert er an die Politik und erinnert daran, dass die meisten modernen medizinischen Eingriffe – vom Kaiserschnitt bis zur Krebstherapie – nicht ohne den Zugang zu wirksamen und funktionierenden Antibiotika funktionierten. „Es geht damit um nichts weniger als das Bestehen unseres modernen Gesundheitssystems.“ ●

© istockphoto.com, ksass

Hauptgründe für zunehmende Resistenzbildungen

- **Falscheinsatz in der Humanmedizin:** In vielen Ländern sind Antibiotika ohne Rezept erhältlich. Patienten schlucken sie wie Bonbons, auch wenn sie gar nicht wissen, ob überhaupt eine Bakterieninfektion vorliegt. Dazu kommt, dass die Medikamente zu kurz genommen werden. Nicht alle Erreger werden getötet, was die Bildung von Resistenzen begünstigt. Auch in Deutschland werden Antibiotika zu oft falsch eingesetzt.

- **Massive Nutztierhaltung:** Antibiotika eignen sich in der Tiermast nicht nur zur (prophylaktischen) Behandlung kranker Schweine, Rinder, Hühner oder Puten. Sie befördern offenbar auch das Wachstum. Dieser Einsatz zwecks Mästung ist in der Europäischen Union immerhin seit 2006 verboten. Seit diesem Jahr ist die prophylaktische Gabe von Antibiotika europaweit unzulässig. Von den Ställen können resistente Erreger oder Antibiotika selbst auf vielfältige Weise in die Umwelt gelangen.

- Ein weiterer Weg, über den Antibiotika in die Umwelt gelangen, sind die **Kläranlagen**. Denn der menschliche Organismus verstoffwechselt antimikrobielle Wirkstoffe nur zum Teil und scheidet einen nennenswerten Anteil wieder aus. Von der Toilette geht's in die Kläranlage und von dort aus wieder in die Gewässer sowie mit dem Klärschlamm in die Böden. „Abwässer aus Krankenhäusern oder Privathaushalten können also zur Resistenz-Problematik beitragen", heißt es in dem DART-2020-Bericht (Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie).

- Daneben entpuppen sich manche **Antibiotika-Produktionsstätten,** vor allem in Asien, als Resistenz-Quelle, weil Abfälle und Abwässer nicht ordnungsgemäß entsorgt werden. Keime werden aber auch durch den weltweiten Handel von Tieren und Lebensmitteln sowie durch Fernreisende um die Erdkugel transportiert. 34 Prozent der Globetrotter kehren mit Darmbakterien heim, die Stoffe produzieren können, welche Antibiotika wirkungslos machen.

„Jahrelange Vernachlässigung des Vergütungsthemas“

Dr. Marc Gitzinger mahnt rasche Reformen bei Antibiotika an

• Berlin (pag) – Vor einer Krise ungeahnten Ausmaßes warnt Dr. Marc Gitzinger von Bioversys, sollte das Vergütungsproblem von neuen Antibiotika, die meist im Reserveschrank bleiben und an denen der Hersteller kaum etwas verdient, nicht bald gelöst werden. Für beispielhaft hält er ein Modell aus Großbritannien, das auf den sozioökonomischen Wert abstellt, den der Zugang zu wirksamen Antibiotika bietet.

Für Dr. Marc Gitzinger sind Antibiotika als „Wunderwaffen der Medizin“ Voraussetzung, um den medizinischen Fortschritt des 21. Jahrhundert aufrechtzuerhalten. Viele Eingriffe und Behandlungen werden lebensbedrohlich, wenn wir Infektionen durch Resistenzen nicht schnell und effizient mit Antibiotika behandeln können, warnt er. © stock.adobe.com, Parilov

Es gibt bereits neue Modelle zur Vergütung von Antibiotika. Als vorbildlich gilt Großbritannien. Was machen die Briten besser?

Gitzinger: Neue, hochwirksame Antibiotika sollen nur selten und gezielt verwendet werden. Bei niedrigen Stückpreisen kann sich diese nachhaltige Verwendung für die Hersteller, die hunderte Millionen für die Entwicklung ausgeben müssen, finanziell nicht lohnen. Bei sehr hohen Stückpreisen würden Anreize geschaffen, auch neue Antibiotika häufiger als angezeigt zu verwenden, da sich dann mehr verdienen lässt. Dieser Kreis muss gebrochen werden.

Und wie?

Gitzinger: Die Briten haben ein Vergütungsmodell entwickelt, welches den finanziellen Erfolg eines Antibiotikums vom Verkaufsvolumen entkoppelt. Wie bei Netflix wird für den Zugang zu einem neuen Reserveantibiotikum gezahlt. Die adäquate Verwendung wird dann – losgelöst vom Preis – durch die Ärzte entschieden, welche bestimmen, ob das Medikament für den Patienten aus medizinischer Sicht notwendig ist. Die Briten legen dabei den „Netflix-Preis“ über ein Punktesystem fest, mit dem sie erörtern, wie wichtig das Antibiotikum für die Gesellschaft ist und orientieren sich daran, dass die Vergütung ausreichend sein muss, dass es sich auch für die Hersteller lohnt, die hohen Entwicklungskosten und -risiken einzugehen. Das Model der Briten stellt auf den sozioökonomischen Wert ab, den der Zugang zu wirksamen Antibiotika hat.

Bei der Entwicklung neuer Antibiotika spielen mittlerweile viele Kleinstfirmen eine wichtige Rolle. Mit welchen Problemen kämpfen diese und wie ließen sich diese lösen?

Gitzinger: Kleine Firmen kämpfen vor allem mit der Finanzierung ihrer Forschung und Entwicklung. Gerade im Antibiotikabereich ist dies extrem, da Risikokapitalgeber neben dem technischen Entwicklungsrisiko derzeit auch ein Risiko beim Marktversagen auf sich nehmen. Dies kann nur durch Reformen beim Vergütungssystem nachhaltig gelöst werden. Die Zeit drängt! Es muss wieder eine gewisse Sicherheit geben, dass wenn ein neues Antibiotikum erfolgreich zugelassen wird, sich diese Investition auch finanziell gelohnt hat. Neben der Finanzierung, dem mit Abstand größten Problem, gibt es noch Folgeschwierigkeiten.

Welche sind das?

Gitzinger: Hierzu zählen die normalen wissenschaftlichen und regulatorischen Hürden ein neues Antibiotikum zur Zulassung zu bringen, allerdings wird dies in unserem Sektor durch akuten Mangel an Experten weiter verschärft. Dies liegt an der jahrelangen Vernachlässigung des Vergütungsthemas, wodurch immer weniger Firmen und Hochschulen das Feld als attraktiv angesehen haben. Die wenigen Firmen, die heute noch führend in der Entwicklung sind, müssen überleben, denn sonst droht uns eine Krise ungeahnten Ausmaßes. Antibiotikaresistenzen verschwinden nicht einfach und es dauert lange neue, wirksame Medikamente gegen die Vielzahl von infektiösen Bakterien zu entwickeln. Im Falle eines großen Ausbruchs wie bei COVID-19 wird es länger dauern, neue Antibiotika zu entwickeln – vor allem wenn die letzten Firmen gezwungen wurden, ihre aktuellen Entwicklungen aus finanziellen Gründen zu stoppen. ●

© Justin Hession

Zur Person

Dr. Marc Gitzinger ist CEO und Gründer von Bioversys, einer in Basel ansässigen Firma, die neue Antibiotika entwickelt. Er ist außerdem Präsident der BEAM Alliance, die Abkürzung steht für Biotech companies from Europe innovating in Anti-Microbial resistance research. Auch beim neu gegründeten Deutschen Netzwerk gegen Antimikrobielle Resistenzen (DNAMR) engagiert sich Gitzinger.

Ethik-Kodex: Zwischen Patientenwille und Ökonomie

• München (pag) – Patientenwohl und -wille, ökonomische sowie ökologische Nachhaltigkeit und last but not least medizinische Machbarkeit: Das sind Eckpfeiler, an denen sich ärztliches Handeln ausrichten muss. Was das für Augenärztinnen und Augenärzte konkret bedeutet, haben die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) und der Berufsverband der Augenärzte (BVA) in einem Ethik-Kodex formuliert.

Bereits die Frage, was unter einer angemessenen Diagnostik und Therapie zu verstehen ist, stelle sich in der augenärztlichen Praxis täglich neu und müsse im Gespräch mit dem Patienten geklärt werden. „Der Respekt vor dem Patientenwillen und der Patientenautonomie ist die wichtigste Richtschnur augenärztlichen Handelns“, sagt DOG-Präsident Prof. Gerd Geerling. Von zentraler Bedeutung sei es daher, ergebnisoffen, ehrlich und transparent über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufzuklären.

Wo beginnt Unterversorgung?

Der Patientenwille sei allerdings nicht der einzige Maßstab dafür, wo Unterversorgung einerseits und Überversorgung andererseits beginnen. Behandlungswünsche finden prinzipiell dort ihre Grenze, wo ihnen „ärztliches Gewissen oder ein Mangel an gesellschaftlichen Ressourcen entgegenstehen“, heißt es im Kodex. Zu diesen Ressourcen zählen auch die Behandlungskapazitäten der Augenärztinnen und Augenärzte selbst: Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Zahl ophthalmologischer Patientinnen und Patienten seit Jahren zu, sagt der BVA-Vorsitzende Dr. Peter Heinz. „Mit Blick auf die Altersstruktur ophthalmologisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ist dagegen absehbar, dass deren Zahl in den kommenden Jahren eher abnehmen wird.“ Der Kodex rufe daher auch zum Engagement in Forschung und Lehre auf. Nur so könne die Weiterentwicklung des Fachs gewährleistet und – über die Ausbildung des augenärztlichen Nachwuchses – die Versorgung zukünftiger Patienten sichergestellt werden.

Ökonomie und Ökologie

Auch ökonomische Überlegungen spielen im ärztlichen Alltag eine Rolle. Die Augenärzte finden, dass das im Hinblick auf die einzelne Praxis legitim, angesichts der gesellschaftlichen Kosten sogar geboten sei. „Patientinnen und Patienten darf aber durch eine Überbewertung ökonomischer Kriterien kein Schaden entstehen“, heißt es im Kodex. DOG und BVA sehen daher primär renditeorientierte Investoren im niedergelassenen Versorgungsbereich kritisch.
Eine weitere Herausforderung: Zukünftig müsse auch die ökologische Nachhaltigkeit eine „größere Rolle im Behandlungsalltag“ einnehmen, betont Geerling. Nur wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen nachhaltig und verantwortungsbewusst eingesetzt werden, könnten zukünftige Generationen von Augenärzten sowohl zum eigenen als auch zum Wohl der Patienten arbeiten. •

© stock.adobe.com, studioworkstock

Weiterführender Link:

Zum Kodex:

www.dog.org/wp-content/uploads/2022/04/Kodex-der-Augenaerztinnen-und-Augenaerzte-in-Deutschland_DOG_BVA.pdf

Appell: Umweltfreundlichere Diagnostik und Therapie

• Berlin (pag) – Der Medizinsektor hat in Deutschland und weltweit einen hohen Anteil am Klimawandel. Mit einfachen niederschwelligen Maßnahmen wäre es möglich, wesentliche Bereiche in Klinik und Praxis klimafreundlich umzustellen. Dazu bräuchte es den Willen zum Umdenken – auf allen Ebenen, konstatiert die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).

© istockphoto.com, leonard_c

Abgesehen von nationalen und internationalen Klimaschutzrichtlinien gebe es lokal viele Möglichkeiten, in einem Klinikum oder einer Praxis selbst aktiv zu werden. Es sei essenziell, dass „gemeinsam kreativ und niederschwellig gedacht wird“, sagt Prof. Annette Hanseburg, Universitätsmedizin Mainz. Auch ohne unmittelbare große finanzielle Investitionen könnten Sofortmaßnahmen für einen aktiven Klimaschutz ergriffen werden – vorausgesetzt, die Klinikleitung ziehe mit. Die Fachgesellschaft nennt unter anderem: ein konsequentes Recycling-Konzept; Austausch klimabelastender Narkosegase; Aufnahme des Ziels Klimaneutralität in die Unternehmensziele; jährliche Bestimmung des CO_2-Fußabdrucks zur Erfolgskontrolle; papierloses Krankenhaus; Reduktion von Einmalartikeln.

Klimabelastende Narkosegase

Der effizienten Koordination von Maßnahmen zwischen Ärzten kommt eine wesentliche Rolle beim gelebten Klimaschutz zu, betont Jun.-Prof. Martin Weiss, Universität Tübingen. Unnötig wiederholte Tests und überflüssiger ressourcenraubender Medikamentenverbrauch könnten vermieden werden. Das Gleiche gelte für klimabelastende halogenierte Narkosegase wie Stickstoffoxid und Desfluran, die unter Umständen durch intravenöse Betäubungsmittel ersetzt werden können. Letztere verursachten nur einen Bruchteil an Emissionen.

Die Fachgesellschaft unterstützt den Vorschlag des Gesundheitsökonomen Prof. Boris Augurzky, einen Krankenhaus-Klimafonds einzuführen, der von Bund und Ländern gefüllt wird. „Aus unserer Sicht haben Krankenhäuser in Deutschland – ob kommunal oder privatwirtschaftlich geführt – flächendeckend nicht die Kraft, um im ausreichenden Maße in Klimaschutz zu investieren“, argumentiert DGGG-Präsident Prof. Anton Scharl. •

Die Fürsprecher an den Kliniken

• Berlin (pag) – An 60 Prozent der Krankenhäuser gibt es hierzulande mindestens eine Patientenfürsprecherin oder einen -fürsprecher. Das zeigt eine noch unveröffentlichte Studie der Prognos AG. Berlin, das Saarland und Bremen sind die Bundesländer, in denen die Fürsprecher am stärksten verbreitet sind. Die auf einer Veranstaltung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung vorgestellte Erhebung offenbart außerdem ungedeckte Fort- und Weiterbildungsbedarfe.

Als Themen für Fort- und Weiterbildungen werden insbesondere genannt: Ziele und Grenzen der Patientenfürsprecher, Patientenrechte und soziale Kompetenzen. Die Studie wurde im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartze durchgeführt und auf dem 16. Patientenfürsprechertag vorgestellt. Für die Analyse wurden Gespräche mit Expertinnen und Experten organisiert, eine Auswertung der Landesgesetzgebung und der Qualitätsberichte der Krankenhäuser vorgenommen sowie eine bundesweite Online-Befragung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern mit rund 330 Teilnehmenden durchgeführt.
Viele Bundesländer haben demnach die Einrichtung dieser Position in ihren Krankenhäusern gesetzlich geregelt. Doch das ist nicht in allen Ländern der Fall. „Eine gesetzliche Regelung wirkt sich positiv auf die Verbreitung der Patientenfürsprache aus“, hält Schwartze fest. Er wirbt daher dafür, zukünftig im besten Fall vergleichbare Regelungen gesetzlich zu verankern. „Denn Patientinnen und Patienten sollten sich möglichst bundesweit in allen Krankenhäusern an Patientenfürsprecher wenden können.“

„Patientinnen und Patienten sollten sich möglichst bundesweit in allen Krankenhäusern an Patientenfürsprecher wenden können“, fordert der Patientenbeauftragte Stefan Schwartze. © pag, Fiolka

Nicht vereinnahmen lassen

Themen der Studie sind außerdem unter anderem Ehrenamt und Unabhängigkeit, Erreichbarkeit und Ausstattung sowie Dokumentation und Berichterstattung. Bei der Diskussion geht es auch um das Verhältnis zum Beschwerdemanagement. Das Engagement der Sprecher sei ein vom Krankenhaus unabhängiges Ehrenamt, das Beschwerdemanagement beruhe dagegen auf einer gesetzlichen Vorgabe und sei Teil des Krankenhauses, heißt es. „Man muss aufpassen, dass man nicht vereinnahmt wird“, sagt ein Teilnehmer. Ein anderer weist auf die steigenden Ansprüche von Patienten und Politik hin. In Niedersachsen werde darüber beraten, ob Demenz-Patienten einen speziellen Fürsprecher bekommen sollen. Dabei müsse man schon jetzt den Leuten hinterherlaufen und suche händeringend Vertreter, klagt ein Patientenfürsprecher aus Hildesheim. •

Erstuntersuchung in einem Aufnahmelager für Flüchtlinge. Der SVR setzt auf einen Ausbau der psychologischen Versorgungsangebote für Asylbewerber. © istockphoto.com, shironosov

Migranten droht Versorgungslücke

• Berlin (pag) – Migranten sind in Deutschland der Gefahr ausgesetzt, medizinisch nicht vollumfänglich versorgt zu werden. Darauf weist der Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) in seinem Jahresgutachten 2022 hin.

Dass es in Deutschland zu wenig Psychotherapie-Plätze gibt, ist unbestreitbar. Asylbewerber sind aber doppelt benachteiligt, geht aus dem Jahresgutachten hervor. Denn: „Nur wenige Therapeutinnen und Therapeuten sind auf die Behandlung von Asylsuchenden spezialisiert.“ Außerdem mangele es häufig an Dolmetschern. Darüber hinaus stießen Behandler auf Abrechnungsprobleme, „weil die Bearbeitung in den Sozialämtern so lange dauere“. Dabei bezieht sich der SVR auf Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Der SVR setzt auf einen Ausbau der psychologischen Versorgungsangebote für Asylbewerber.

Scheitern an der Bürokratie

Dem Bericht zufolge scheuen sich viele Migranten, denen der Aufenthalt in Deutschland untersagt ist, aus Angst vor Abschiebung zum Arzt zu gehen. Der SVR empfiehlt dem Gesetzgeber, das Aufenthaltsgesetz zu ändern, sodass „der Gesundheitsbereich – auch jenseits medizinischer Notfälle – von der Übermittlungspflicht gegenüber Ausländerbehörden ausgenommen ist“.

Die Autoren stellen außerdem fest, dass Migranten, die sich dauerhaft in Deutschland aufhalten, mitunter zu wenig über ihren Krankenversicherungsschutz wissen. Wenn sie dann Leistungen in Anspruch nehmen wollten, scheiterten sie an der Bürokratie. „Hier müsste es entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote geben, die in der Fläche verfügbar und möglichst niedrigschwellig zugänglich sind“, regt der SVR an. Die Experten haben dabei die Clearingstellen im Sinn. Diese existieren bereits in einigen Großstädten und beraten nicht nur zugewanderte Personen unabhängig vom Aufenthaltsstatus, sondern generell Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus. Länder und Kommunen sollten prüfen, wie diese Einrichtungen in der Fläche ausgebaut werden können. •

Priorisierung, Rationierung, sozialer Unfriede

• Berlin (pag) – Weniger Fallzahlen, mehr Personal: So stellt sich die Lage der stationären Versorgung laut „Krankenhaus Rating Report 2022“ dar. Zugrunde liegen Daten aus dem Jahr 2020. Zwar sehen die Zahlen nicht schlecht aus, aber für die Zukunft befürchten die Autoren Rationierung

Nur noch sieben Prozent der Häuser befinden sich demnach in erhöhter Insolvenzgefahr. 2019 waren es noch 14 Prozent. Verlust machten 28 Prozent der Kliniken (2019: 34) und das durchschnittliche Jahresergebnis beträgt 1,2 Prozent der Erlöse (2019: 0,6). Diese relativ günstige Entwicklung habe jedoch nichts mit strukturellen Veränderungen zu tun, sondern mit den Corona-Hilfsmaßnahmen, betonen die Autoren.
Die Pandemie sorgt allerdings in 2020 dafür, dass die stationäre Fallzahl um 13,5 Prozent zurückgegangen ist. In 2021 habe sich diese Lage kaum verändert, konstatiert Report-Verfasser Prof. Boris Augurzky vom Institute for Healthcare Business. Dass die Patienten in der Zahl wie vor der Pandemie zurückkommen, halten er und seine Kollegen für nicht realistisch. Der Report spricht außerdem von einem Personalzuwachs in der Pflege in 2020 von fünf Prozent. Im Zusammenspiel mit dem Fallzahlenminus sei so ein Rückgang der Arbeitsproduktivität von 16 Prozent entstanden.
Autor Dr. Adam Pilny, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, thematisiert das Problem der nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung der Länder. „Wenn man die Substanz der Krankenhäuser erhalten will, müsste man pro Jahr sieben bis acht Prozent der Erlöse reinvestieren.“ Die Länder leisteten 2020 aber nur 3,4 Prozent. Krankenhäuser schlössen diese Lücke nur zum Teil aus eigener Kraft, sodass es zu einem Substanzverzehr komme.

Klinikmanager: Rationierung ist schon da

In den kommenden Jahren würden zudem die Bedarfe und Wünsche stärker steigen als personelle und finanzielle Ressourcen, prognostiziert Augurzky. „Es droht Rationierung.“ Für diesen Fall hätte Dr. Matthias Bracht aus der Geschäftsführung des Klinikum Region Hannover gerne „Instrumente“ vom Gesetzgeber. Dass die kommen, glaubt Augurzky nicht. Sein Report-Kollege Dr. Sebastian Krolop, Vorstand der Healthcare Information and Management System Society, versichert Bracht: „Diese Instrumente wollen Sie nicht haben. Das würde für einen dermaßen sozialen Unfrieden sorgen.“ Währenddessen glaubt Dr. Gerhard Sontheimer, Vorstand des kommunalen ANregiomed-Klinikverbunds in Bayern: „Die erste Stufe der Rationierung ist die Priorisierung.“ An diesem Punkt befinde man sich bereits. Damit meint er das Verschieben oder gar Absagen elektiver Eingriffe.
Augurzky sagt, dass man die Probleme kurzfristig durch Vorhaltefinanzierung und Ambulantisierung begegnen könnte. Auch in der Digitalisierung schlummere Potenzial. „Ultrakurzfristig“ helfe aber nur eins: mehr Geld. •

© stock.adobe.com, bceboys

Weiterführender Link:

Der Krankenhaus Rating Report 2022 „Vom Krankenhaus zum Geisterhaus?“ kann kostenpflichtig beim Verlag medhochzwei bestellt werden:

www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/krankenhaus-rating-report-2022-978-3-86216-915-3

GKV-Stabilisierung mit reichlich Zündstoff

• Berlin (pag) – Mit dem Gesetzesentwurf „zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ verlangt Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach allen Akteuren des Gesundheitswesens viel ab. Besonders die Arzneimittelindustrie wird zur Kasse gebeten. Neben Milliarden-Zahlungen soll das AMNOG stark verändert werden.

Der GKV steht 2023 ein Defizit im Umfang von mindestens 17 Milliarden Euro ins Haus. Fachleute rechnen sogar mit bis zu 25 Milliarden Euro. Die pharmazeutische Industrie muss sich laut geplantem Gesetz unter anderem auf folgende Maßnahmen einstellen: Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will das Preismoratorium über den 31. Dezember 2022 um weitere vier Jahre verlängern. Außerdem verlangt Lauterbach der Industrie für 2023 und 2024 jeweils eine Milliarde Euro „Solidaritätsabgabe“ ab. (*Nach Redaktionsschluss liegt ein Kabinettsentwurf vor: Darin findet sich die „Solidaritätsabgabe“ nicht mehr, dafür aber ein erhöhter Herstellerabschlag um fünf Prozentpunkte.*)

Vorwürfe an den Vorgänger: Für das GKV-Minus macht Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach Jens Spahn verantwortlich. © pag, Fiolka

Stichwort AMNOG: Der zwischen GKV-Spitzenverband und Hersteller verhandelte Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel soll künftig rückwirkend ab dem siebten Monat nach Inverkehrbringen des Medikaments gelten. Außerdem trifft das Gesetz Vorgaben für Erstattungsbeträge von Arzneimitteln, die nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses im AMNOG-Verfahren keinen, einen geringen oder einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen haben. Die Umsatzschwelle von Orphan Drugs für die Nutzenbewertung will Lauterbach von 50 auf 20 Millionen Euro reduzieren. Zudem wird für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ein Kombinationsabschlag in Höhe von 20 Prozent auf den Erstattungsbetrag eingeführt.

Solidarausgleich zwischen Kassen

Auch die Krankenkassen müssen ihren Anteil leisten. Für sie ist ein „kassenübergreifenden Solidarausgleich“ vorgesehen. Dabei sollen in zwei Stufen die Finanzreserven, die abzüglich eines Freibetrags von zwei Millionen Euro 0,2 Monatsausgaben überschreiten, abgeschöpft werden. Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Kassen soll von 0,8 auf 0,5 Monatsausgaben gesenkt werden. Diese Grenze gelte auch für das bestehende Anhebungsverbot für Zusatzbeitragssätze. Außerdem will das BMG eine Reduzierung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von derzeit 0,5 auf 0,25 Monatsausgaben festlegen. Der Anstieg der sächlichen Verwaltungsausgaben der Kassen für 2023 dürfe nicht höher als drei Prozent gegenüber 2022 sein. Die Zuweisungen an die Kassen für Verwaltungsausgaben sollen um 25 Millionen Euro gemindert werden.

Vertragsärzte müssen künftig ohne die extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten auskommen. Dabei handelt es sich um eine Regelung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, die eindeutig Lauterbachs Handschrift trägt. Im Krankenhaus sollen ab 2024 nur noch die Personalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die direkt am Bett arbeiten, im Pflegebudget berücksichtigt werden.

Einen Schuldigen für das GKV-Defizit macht Lauterbach bei der Vorstellung der Eckpunkte aus: seinen Vorgänger Jens Spahn. Der habe teure Gesetze auf den Weg gebracht und Strukturreformen versäumt. Lauterbach habe das Minus zum großen Teil „geerbt“. Die Spahnsche Gesetzgebung hat zweifelsohne immense Kosten verursacht. Dass Lauterbachs Einfluss als damaliger Gesundheitsexperte im SPD-Fraktionsvorstand auf eben diese Gesetze nicht gering war, verschweigt der Minister an diesem Tag. •

Kulturwandel in der Geburtshilfe gefordert

• Berlin (pag) – Das neu gegründete „Bündnis gute Geburt“ fordert konkrete Verbesserungen und einen grundlegenden Kulturwandel in der Geburtshilfe, der Mutter und Kind ins Zentrum rückt.

Zu den fünf Gründungsorganisationen gehören: Arbeitskreis Frauengesundheit, Mother Hood, Deutscher Hebammenverband, Deutscher Frauenrat sowie Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen.
Das Bündnis kritisiert die „anhaltenden Missstände in der Versorgung von Frauen und Familien rund um die Geburt und in den ersten Lebenswochen des Säuglings“. Viele Gebärende durchlebten psychisch belastende oder traumatische Geburten, die Frauen, Kinder und Familien prägen. Ebenso wirkten sich massive strukturelle Defizite und eine mangelhafte Personalausstattung negativ auf die Arbeit von Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten aus, die auch die Versorgung von Frau und Kind beeinträchtigen.

Mehr Geld für Geburtshilfe

Das „Bündnis gute Geburt“ appelliert an alle Verantwortlichen, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um schnellstmöglich Verbesserungen in der Versorgung herbeizuführen. Ziel müsse sein, werdende Mütter und Familien in den Mittelpunkt der Geburtshilfe zu rücken, sie wertzuschätzen und rund um die Geburt angemessen zu unterstützen. Entsprechende Strukturen und Angebote seien in Praxen, Kreißsälen, auf Wöchnerinnenstationen und während des Wochenbetts zu schaffen.
Unterdessen konstatiert die von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach einberufene Krankenhauskommission in ihrer ersten Stellungnahme, dass der Abbau von Abteilungen gepaart mit steigenden Fallzahlen in Pädiatrie und Geburtshilfe zu Unterversorgung führe. Um kurzfristig den Druck rauszunehmen, sollen die Fachbereiche schon Anfang 2023 mehr Geld erhalten.

Gewalt unter der Geburt

Erst kürzlich hat der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) einen Bericht mit dem Titel „Gewalt unter der Geburt – wie werden Betroffene und die Öffentlichkeit dazu sinnvoll informiert?“ veröffentlicht. Erstellt wurde dieser im Auftrag des Bundesfamilienministeriums. Der Bericht basiert auf den Gutachten von Professoren der Gesundheits- und Hebammenwissenschaften, einer Expertin für Migrationsgesundheit, einer Medizinjournalistin und Vertreterinnen von Betroffeneninitiativen. Sie erörtern ausführlich die Möglichkeiten und Wege einer sinnvollen Information zu Gewalt unter der Geburt. Die unterschiedlichen und weit gefächerten Empfehlungen der Gutachterinnen zeigen, dass in Deutschland strukturierte und planvolle Maßnahmen zur Aufklärung über respektlose und traumatisierende Geburten ergriffen werden sollten, hält der AKF fest. Die Gutachten samt den Empfehlungen des Arbeitskreises hält letzterer für einen „ersten hoffnungsvollen Schritt“, um das Thema gesundheitspolitisch in den Fokus zu rücken und endlich konkrete Maßnahmen zur Sensibilisierung und Beseitigung von Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt zu ergreifen. •

© istockphoto.com, SanyaSM

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.

Zur Bestellung des Magazins:

www.gerechte-gesundheit.de/newsletter.html

Übrigens: Auf 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

Impressum

Magazin Gerechte Gesundheit – ISSN: 2625-3313
Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit GmbH
Albrechtstraße 11, 10117 Berlin
www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
news@gerechte-gesundheit.de

Chefredaktion: Antje Hoppe
V.i.S.d.P.: Lisa Braun
Mitarbeiter dieser Ausgabe: Lisa Braun, Anna Fiolka, Marion Schneider, Denise Toygar

Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Janssen-Cilag GmbH
Johnson & Johnson Platz 1
41470 Neuss

Pfizer Deutschland GmbH
Linkstraße 10
10785 Berlin

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

Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin