GERECHTE GESUNDHEIT

Das Magazin zur Verteilungsdebatte

ISSN: 2625-3313
Ausgabe 61 – November 2022

GKV

Drohende Einsturzgefahr

© stock.adobe.com, Ulia Koltyrina; Bearbeitung pag, Anna Fiolka

Wer wird gerettet?

Umstritten: Pro und Contra zur Ex-Post-Triage

Debatte um Sterbehilfe

Wie Ärztinnen und Ärzte mit dem Thema ringen

Abschied auf Raten?

Zur Aushöhlung des AMONG und den Folgen

Konkurrenz der Krisen

Krieg in der Ukraine, Klima- und Energiekrise, eine bevorstehende Rezession und der Dauerbrenner Corona – allesamt komplexe Themen, die in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung mit ihrem zweistelligen Milliardendefizit läuft dagegen unter ferner liefen. Das umstrittene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat außerhalb von Fachkreisen nur wenig Resonanz erfahren. Das gleiche scheint offenbar für die gesetzliche Rente zu gelten. Schon zum zweiten Mal musste in diesem Jahr der Staat eine Milliarde nachschießen. Und es gibt nicht wenige Experten, die davor warnen, dass das immer noch nicht reiche.

Auf den ersten Blick mögen die Krisen dieser Sozialversicherungen im Vergleich zur drastisch erhöhten Gasrechnung etwas abstrakt daher kommen. Tatsächlich stehen sehr konkrete Verteilungsentscheidungen dahinter, deren Auswirkungen wir schon sehr bald zu spüren bekommen dürften.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin

Inhalt

Im Fokus

4 **Wer wird gerettet?**
Pro und Contra zur Ex-Post-Triage

8 **Herausgefordertes Selbstverständnis**
Wie Ärztinnen und Ärzte mit der Sterbehilfe ringen

12 **Paradigmenwandel beim AMNOG**
Risiken und Nebenwirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes

15 **Problem vertagt**
Ein nachhaltige GKV-Reform lässt weiter auf sich warten

Im Gespräch

18 **Demografie trifft auf GKV-Finanzkrise**
Prof. Jürgen Wasem über verschleppte und zukünftige Reformen

In Kürze

21 **Mangelernährung: Recht auf wirksame Versorgung**

22 **Innovationsfonds: Existenzberichtigung hinterfragt**

23 **ME/CFS: Hilflosigkeit im System**

24 **EU wappnet sich für künftige Gesundheitskrisen**

25 **Wenn Patienten depriorisiert werden**

26 **Schutzpflicht für Hirnorganoide?**

Wer wird gerettet?

Pro und Contra zur Ex-Post-Triage

• Berlin (pag) – Die Debatte um die Ex-Post-Triage ist komplex und kontrovers. Sie macht das Kernthema von Gerechte Gesundheit, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, konkret fassbar. Was für und was gegen die Ex-Post-Triage spricht, stellen der Mukoviszidose-Patient Stephan Kruip und Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe, in einem Statement dar.

Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber aufgefordert, eine Regelung zu treffen, die Menschen mit Behinderung im Fall einer pandemiebedingten Triage vor Diskriminierung schützen soll. Ende August hat das Kabinett den Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen, mit dem die Triage in einer besonderen Ausnahmesituation geregelt werden soll. Ausdrücklich wird darin die Ex-Post-Triage verboten, das heißt der Abbruch einer noch erfolgsversprechenden und vom Patientenwillen getragenen Behandlung zugunsten eines anderen Patienten mit einer höheren aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit. So drückt es das Bundesgesundheitsministerium aus. Einen vorangegangenen Entwurf, der diese Möglichkeit durchaus vorsah, hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach wieder zurückgezogen. Später bezeichnete er die Ex-Post-Triage als unethisch.

Den aktuellen Gesetzentwurf hat das Parlament bis Redaktionsschluss (31. Oktober) noch nicht verabschiedet. Er schließt aus, bereits laufende lebenserhaltende Therapien bei sehr schlechter Erfolgsaussicht zugunsten der Behandlung von Menschen mit einer besseren Überlebenschance zu beenden. Das stößt bei Ärzteorganisationen wie der Bundesärztekammer auf Widerstand. Zahlreiche Fachgesellschaften haben zudem in einer Stellungnahme die geplante Regelung kritisiert: Sie erschwere die Anwendung des Kriteriums der Überlebenswahrscheinlichkeit und führe zu mehr vermeidbaren Todesfällen, heißt es in der Positionierung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Dagegen begrüßen Behindertenaktivisten wie Nancy Poser oder Dr. Sigrid Arnade das geplante Verbot der Ex-Post-Triage. Eine Position, die auch die BAG Selbsthilfe teilt. •

© stock.adobe.com, Gorodenkoff

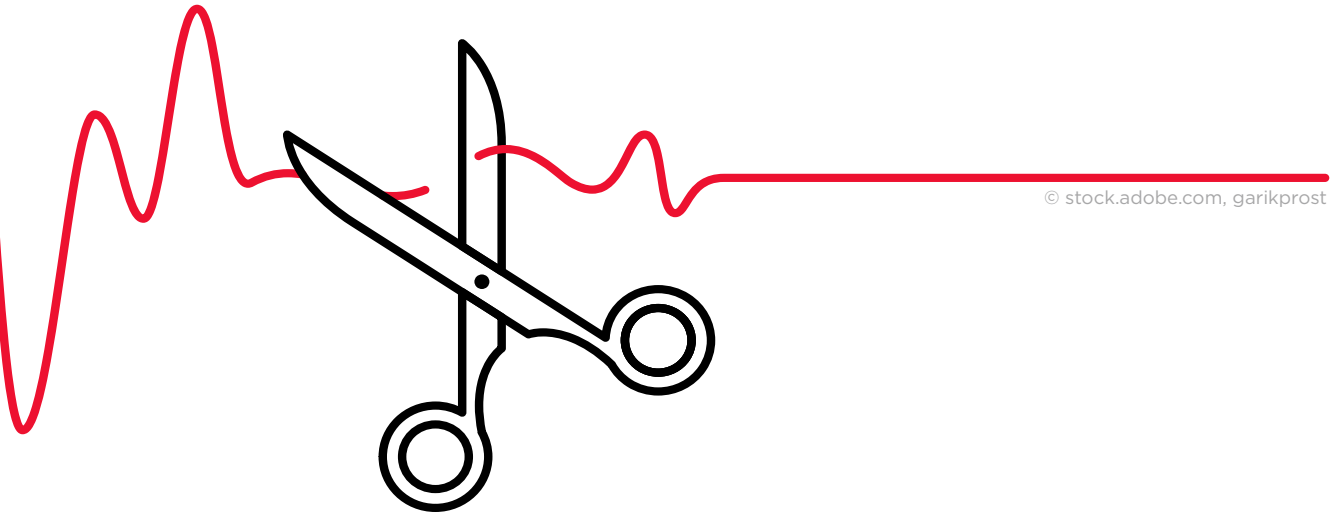
Warum sollte die Ex-Post-Triage erlaubt sein?

„Wenn medizinische Hilfe wegen unzureichenden Ressourcen priorisiert werden muss, zwingt das zu tragischen Entscheidungen, dann ist nur noch Schadensbegrenzung möglich, also durch kluges Handeln möglichst viele Leben zu retten. Zu diesem klugen Handeln gehört auch die Ex-Post-Triage: Bereits getroffene Zuteilungsentscheidungen sollten in Abständen anhand der aktuellen klinischen Erfolgsaussicht geändert werden dürfen. Die Zumutung ist bei der Beendigung einer laufenden Intensivtherapie nicht größer als die Verweigerung in der Notaufnahme:
In beiden Fällen muss ein Mensch sterben, der bei ausreichend verfügbaren Ressourcen hätte gerettet werden können. Warum sollte bevorzugt werden, wer zufällig früher aufgenommen wurde?
Ich habe Verständnis dafür, dass viele Menschen mit Behinderung nach zwei Jahren Pandemieerfahrung befürchten, auch bei der Triage benachteiligt zu werden. Ein Verbot der Ex-Post-Triage würde aber Behandlungsversuche verhindern und wäre damit gerade für unsere Personengruppe von Nachteil: In der Notaufnahme kann eine Behinderung – mangels anderer Kriterien – als vermeintliche Einschränkung der Erfolgschancen missdeutet werden, während sich die aktuelle Erfolgsaussicht im Rahmen eines Behandlungsversuchs viel objektiver beurteilen lässt.
Wir Menschen mit Behinderung leben in vielen Fällen mit einer höheren Gefahr eines schweren COVID-19-Verlaufs. Umso mehr sind wir darauf angewiesen, dass wir beim Eintreffen in der Notaufnahme nicht wegen voller Intensivstationen abgewiesen werden. Wenn die Überprüfung von Zuteilungsentscheidungen verboten wird, bleiben die Intensivstationen mit aussichtslosen Patienten gefüllt, zum Nachteil für die, die zufällig später kommen.
Wir sollten den Weg einschlagen, der möglichst viele Menschenleben rettet. Ärztinnen und Ärzte, die unter höchstem Druck solche Entscheidungen treffen müssen, brauchen dafür unser Vertrauen und Rechtssicherheit. Und bei all dem gilt weiterhin: Der Staat muss dafür sorgen, dass Triage vermieden wird!“

© Fabian Helmich

Zur Person

Stephan Kruip lebt mit der genetischen Lungenerkrankung Mukoviszidose, ist Vorsitzender des bundesweiten Selbsthilfevereins Mukoviszidose e.V. sowie Mitglied im Deutschen Ethikrat.



© stock.adobe.com, garikprost

Warum sollte die Ex-Post-Triage verboten werden?

„Die Frage sollte eher lauten: Warum kann die Ex-Post-Triage nicht erlaubt werden? Bei der sogenannten Ex-Post-Triage verfügt ein Patient bereits über eine lebensrettende Behandlungsmöglichkeit. Das heißt, dass man solchen Patient:innen bewusst etwas wegnehmen müsste. Zurecht wird dieses aktive Tun strafrechtlich ganz herrschend als Totschlag angesehen. Auch in verfassungsrechtlicher Hinsicht wäre es ja ein aktiver Eingriff in eine bestehende Rechtsposition bereits behandelter Personen, wenn der Gesetzgeber es legitimieren würde, diese Position jederzeit zu entziehen. Dass auch andere Bürgerinnen und Bürger eine solche Position anstreben, kann einen solchen Eingriff nicht rechtfertigen.
Unter dem Gesichtspunkt des Diskriminierungsschutzes kommt aber noch ein Weiteres hinzu: Bei der Triage geht es um die krisenhafte Notsituation eines Kollaps' des Gesundheitswesens. Hier ist es schlichtweg nicht möglich, hinsichtlich aller in Betracht kommenden Patient:innen fortlaufend (!) und nicht extra nur bei Schichtbeginn auf der Station evidenzbasierte Prognosen zu Überlebenswahrscheinlichkeiten zu erstellen. Es besteht vielmehr die Gefahr gefühlsmäßiger Abschätzungen auch von Mediziner:innen mit der Tendenz, die Resilienz von Menschen mit Behinderungen zu unterschätzen. Genau dies ist aber eine typische Ausgangslage für Diskriminierungen. Ohnehin ist die Frage, ob es noch der Würde des Menschen entspricht, wenn die Betroffenen und ihre Angehörigen unter Umständen über Tage und Wochen im Unklaren bleiben müssen, ob ihnen nicht in den nächsten Minuten die lebensrettende Behandlungsmöglichkeit entzogen wird. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein besonderes Vertrauensverhältnis und kein Verhältnis der Über- und Unterordnung.
Der Gedanke, Leben zu evaluieren führt in einen utilitaristischen Wertekosmos, in dem eben nicht jedes Leben gleich viel wert ist, sondern in dem nach einem Nutzen für die Gesellschaft oder nach Entlastung für das Gesundheitssystem gefragt wird. Menschen mit Behinderung würden in einem solchen Kosmos tendenziell den Kürzeren ziehen. Dies ist nicht Zielrichtung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts."

© pag, Fiolka

Zur Person

Dr. Martin Danner ist Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe. Der Jurist ist außerdem Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Herausgefordertes Selbstverständnis

Wie Ärztinnen und Ärzte mit der Sterbehilfe ringen

• Berlin (pag) – Ein aufsehenerregendes Urteil und seine Folgen: Das Bundesverfassungsgericht hat bereits im Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt. Im Parlament haben mittlerweile die Beratungen zur Verwirklichung dieses Rechts begonnen. Parallel dazu findet in der Ärzteschaft der Meinungsbildungsprozess zu diesem Thema statt, das für viele Medizinerinnen und Mediziner ein Tabu ist.

© iStock.com, Asobinin

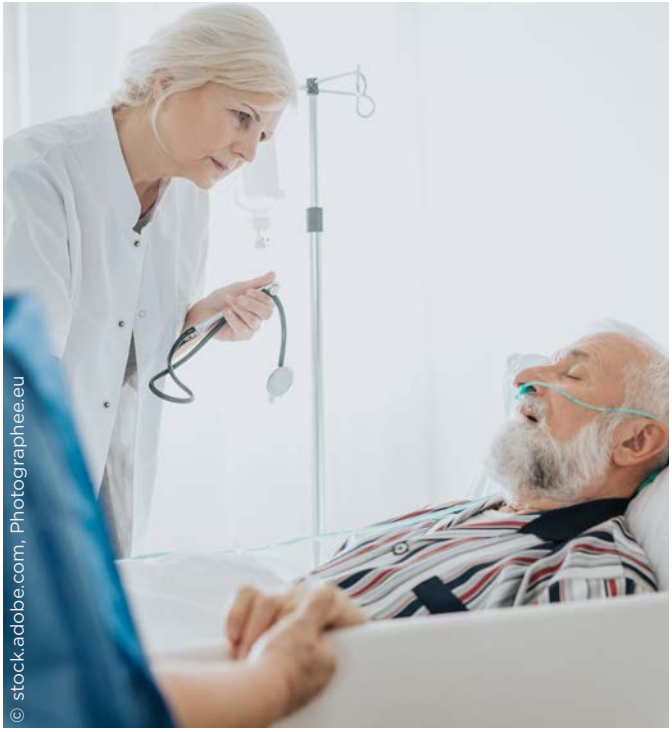
Die Bundesärztekammer kritisiert, dass es sowohl der öffentlichen als auch der parlamentarischen Debatte bisher zu stark um die Frage nach der Verwirklichung des Suizidwunsches gehe. „Wir müssen als Gesellschaft aber auch Wege diskutieren, wie wir Menschen auffangen, die beispielsweise unter Depressionen oder Vereinsamung leiden“, heißt es im Vorfeld der Tagung „Suizidprävention vor Suizidhilfe“, die die Kammer im Oktober veranstaltet hat.

Unter Zugzwang

Die Veranstaltung ist nur ein Beispiel für den Meinungsbildungsprozess, der momentan bei vielen ärztlichen Organisationen im Gange ist – nicht ganz freiwillig, sondern vom Urteil des Bundesverfassungsgerichtes unter Zugzwang gesetzt. Das gleiche gilt für die Politik. Die Volksvertreter ringen schon länger mit dem Thema Sterbehilfe. In dieser Legislatur soll nun endlich ein Gesetz dazu verabschiedet werden. Dabei haben die Abgeordneten insbesondere zu berücksichtigen, dass das Bundesverfassungsgericht eine sehr weitreichende Entscheidung getroffen hat: Es spricht nämlich nicht nur Todkranken das Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu. Dieses sei nicht an bestimmte Beweggründe wie eine unheilbare Krankheit gekoppelt. Auch Menschen, die völlig gesund sind, haben den Karlsruher Richtern zufolge das Recht, sich beim Suizid professionell begleiten zu lassen. Gerade mit diesem Punkt tun sich viele Ärzte schwer.
Grundsätzlich gilt: Zwar bleibt die aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, weiterhin in Deutschland verboten. Aber es darf das tödliche Medikament zur Verfügung gestellt werden, welches vom Sterbewilligen dann eingenommen wird. Der Deutsche Ärztetag hat zwar im Mai vergangenen Jahres als Reaktion auf das Urteil beschlossen, das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht mehr aufrechtzuerhalten. Betont wurde aber: Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Aufgabe.

Seltenes Phänomen

Die Diskussion über die assistierte Selbsttötung fordert das ärztliche Selbstverständnis heraus. Gerade deshalb sind Befragungen von Fachgesellschaften ein so wichtiges Instrument, um einen Einblick zu den Einstellungen, Erfahrungen und zur Handlungspraxis der Mitglieder zu gewinnen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie


© stock.adobe.com, Photographee.eu

Wie steht die Ärzteschaft zur Sterbehilfe? V.l.n.r.: DGS-Vizepräsident Norbert Schürmann, DGPPN-Präsident Thomas Pollmächer und Studienautor Jan Schildmann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ermitteln Einblicke. © DGS, Carlucci; .DGPPN, C. Burger, pag, Fiolka

und medizinische Onkologie verfolgt das Thema schon seit Jahren und hat dazu bereits einige Umfragen initiiert. Der aktuellen, im September vorgestellten Befragung zufolge bleibt die assistierte Selbsttötung ein seltenes Phänomen: Lediglich 22 von 745 Befragten geben an, bereits Assistenz bei der Selbsttötung geleistet zu haben. Allerdings berichten gleichzeitig 40 Prozent der Umfrageteilnehmer, dass sie bereits von Patientinnen und Patienten auf das Thema angesprochen worden seien. Studienautor Prof. Jan Schildmann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte in der Hämatologie und Onkologie in Zukunft angesichts des veränderten rechtlichen Rahmens häufiger mit Anfragen konfrontiert werden. In der Schweiz habe sich die Zahl der assistierten Selbsttötungen seit 2010 etwa verdreifacht und mache dort heute knapp zwei Prozent aller Todesfälle aus. Hierzulande befürwortet laut Umfrage nur eine Minderheit der Onkologen (26,7 Prozent) ein berufsrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung. Freiverantwortlichkeit und unerträgliches Leiden werden als wichtige Kriterien für die Bereitschaft zur ärztlich assistierten Selbsttötung gesehen.

„Kein Richtig oder Falsch“

Auch die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) will mit einer Umfrage unter ihren Mitgliedern Haltungen und Erfahrungen zum assistierten Suizid ermitteln. „Es gibt hier kein Richtig oder Falsch“, betont DGS-Vizepräsident Norbert Schürmann. Die Befragung hat im September begonnen und soll für ein halbes Jahr online sein. Gefragt werden die Schmerzmediziner unter anderem, welche Patienten aktuell um Unterstützung bitten. Weiter will die Fachgesellschaft wissen: Sollen nur Palliativpatientinnen und Palliativpatienten das Anrecht auf unterstützten Suizid haben oder auch chronisch somatisch und/oder psychisch Kranke, wenn die Behandlungen keinen Erfolg zeigen? Oder haben auch gesunde Menschen einen Anspruch auf ärztliche oder nicht-ärztliche Unterstützung?

Wunsch nach klarem Gesetz

Im Jahr 2020 kamen 9.206 Personen in Deutschland durch Suizid zu Tode, die meisten davon im Rahmen einer psychischen Erkrankung. Suizid und Suizidprävention sind daher auch zentrale Themen der Psychiatrie und Psychotherapie. Hinzu kommt, dass die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung, die vom Bundesverfassungsgericht zur Voraussetzung für eine legitime Assistenz gemacht wurde, wesentlich in die fachärztliche Kompetenz von Psychiatern fällt, betont die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Eine in diesem Jahr veröffentlichte Online-Befragung der Gesellschaft zeigt, dass sich deren Mitglieder eine klare gesetzliche

Regelung der Suizidbeihilfe wünschen. „Sie sollte unter anderem eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit umfassen, die nicht von derselben Person durchgeführt wird wie die Suizidassistenz," ergänzt DGPPN-Präsident Prof. Thomas Pollmächer.
Insgesamt liegen Daten von 2.048 Befragten und damit von mehr als einem Fünftel der Mitglieder der DGPPN vor. Der überwiegende Teil hält die Beihilfe bei freiverantwortlichen Suiziden nur unter bestimmten Umständen für legitim, zum Beispiel im Angesicht einer terminalen Erkrankung mit hohem Leidensdruck. Jeder fünfte Befragte findet allerdings, es gebe keinerlei Umstände, die eine Assistenz beim Suizid legitimierten. Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung schließt nach Einschätzung von drei Viertel der Befragten eine selbstbestimmte Entscheidung nicht per se aus. Allerdings könne die Freiverantwortlichkeit durch psychotische Symptome, depressive Symptome, kognitive Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen deutlich eingeschränkt sein.
Die Befragungen der Fachgesellschaften zeigen – ebenso wie die kürzlich erschienene Stellungnahme des Ethikrates – wie vielschichtig das Thema Suizid ist. Dennoch darf das Parlament nicht länger davor zurückschrecken und muss endlich eine verlässliche gesetzliche Regelung entwickeln, nachdem es diese Aufgabe bereits in der vergangenen Legislatur vernachlässigt hat. Das sind die Volksvertreter nicht zuletzt auch jenen Bürgern schuldig, die noch immer auf der Warteliste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte stehen und bereits seit Jahren hingehalten werden. •

© stock.adobe.com, fotoduets

Paradigmenwandel beim AMNOG

Risiken und Nebenwirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes

• Berlin (pag) – Höhlt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV FinStG) das AMNOG aus? Das befürchten verschiedene Experten angesichts der im Gesetz enthaltenen Änderungen zum Verfahren. Welche Regelungen sind besonders folgenreich? Eine Übersicht.

Mitte September schlägt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) angesichts der geplanten AMNOG-Modifizierungen Alarm. Konkret geht es um den geänderten Rahmen für Preisverhandlungen von Arzneimitteln mit geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen. Die ärztlichen Wissenschaftler befürchten, dass dadurch insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten der Zugang zu neuen wirksamen Arzneimitteln erschwert werde.

Chroniker haben das Nachsehen

Zur Einordnung: Den Zusatznutzen neuer Medikamente bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss in vier Kategorien: gering, beträchtlich, erheblich oder nicht quantifizierbar. Künftig soll es ausnahmslos nur noch für die beiden obersten Kategorien – beträchtlich und erheblich – einen höheren Preis gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie geben können. Gemessen an den bisherigen Erfahrungen wären das noch 20 Prozent der neuen Arzneimittel statt bisher 56 Prozent, erläutert

„Negative Auswirkungen auf innovative Arzneimittel für chronische Erkrankungen“ befürchten Rolf Treede (links) und Bernhard Wörmann. © pag, Fiolka

AWMF-Präsident Prof. Rolf Treede. „Damit würde ein wesentlicher Anreiz zur Verfügbarkeit neuer Arzneimittel in Deutschland wegfallen."
Der AWMF zufolge hätte das vor allem negative Auswirkungen auf innovative Arzneimittel für chronische Erkrankungen wie sie in der Diabetologie, Endokrinologie, Hämostaseologie oder Psychiatrie besonders häufig seien. „Hier würde aus methodischen Gründen fast nie ein so positiver Zusatznutzen gesehen wie beispielsweise in der Onkologie", betont Prof. Bernhard Wörmann, Vorsitzender der Ständigen AWMF-Kommission Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Die bisherige Methodik der frühen Nutzenbewertung mit vier Kategorien müsse daher beibehalten und die Bewertung von Parametern wie Patient-Reported-Outcome und Lebensqualität gefördert werden, verlangt er.

„Ernsthafte Gefahr"

Ähnlich lautet die Einschätzung des unparteiischen Vorsitzenden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Auch Prof. Josef Hecken geht davon aus, dass diese AMNOG-Neuerung vor allem Arzneimittel für Chroniker betrifft, die etwa an Diabetes oder Koronarer Herzkrankheit leiden. „Hier sehe ich eine ernsthafte Gefahr, das ist ein Paradigmenwechsel", warnt er eine Woche vor Verabschiedung des umstrittenen Gesetzes auf einer Veranstaltung von RS Medical Consult. Hecken sagt voraus, dass er einen geringen oder nicht quantifizierbarer Zusatznutzen künftig nicht mehr vergeben brauche, „weil der dann am Ende des Tages nichts mehr wert ist".
Das AMNOG hat im vergangenen Jahr seinen zehnten Geburtstag gefeiert und sich als Systeminnovation längst bewährt. Wegen der zahlreichen Änderungen, die das Verfahren im Laufe der Jahre erfahren hat, gilt es als lernendes System – Grabenkämpfe um Evidenz und Endpunkte inklusive. Die letzte große Änderung, die der Gesetzgeber eingeführt hat, ist die anwendungsbegleitende Datenerhebung. Wird das System jetzt mit dem GKV-FinStG überdreht? Der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, jahrelanger Vorsitzender der AMNOG-Schiedsstelle, befürchtet einen „erheblichen Flurschaden".
Für Dr. Kai Joachimsen, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, ist das AMNOG „zu wertvoll", um es in einem Konvolut von anderen Regeln zu verschlimmbessern, sagt er bei RS Medical Consult. Einen Tag bevor der Bundestag das Gesetz verabschiedet, legt Joachimsen noch einmal öffentlich via Pressemitteilung nach: „Wenn ein zusätzlicher therapeutischer Vorteil, den der G-BA festgestellt hat, im Rahmen der Erstattungsverhandlungen nicht mehr vergütet werden soll, wird die Bewertung des G-BA zur Farce."

Verzweiflungstat als richtige Idee

Das Gesetz enthält noch weitere Änderungen zum AMNOG. Beim 20-prozentigen Preisabschlag für Arzneimittelkombinationen erkennt Hecken eben-

falls „großen Diskussionsbedarf“. Zwar sei es „absolut richtig“, dass dieses Thema angegangen werde, denn die Kombinationen stellen nach seiner Einschätzung erhebliche Preistreiber dar. Mittlerweile gebe es in fortgeschrittenen Therapielinien – vor allem in der Onkologie, aber auch im Orphan-Bereich – keine ersetzenden Arzneimitteltherapien mehr. Stattdessen werden neue Komparatoren von Therapielinie zu Therapielinie auf teure Wirkstoffe aufgesetzt, erläutert Hecken. Diese „add-on-Systematik“ sei im heutigen Paragrafen 130b SGB V nicht wiedergegeben. Mit der Rasenmäher-Methode des Gesetzgebers, pauschal 20 Prozent abzuziehen, hat er allerdings Probleme. Wichtig sei eine Analyse der Kombinationen: Was ist der wertvollste Bestandteil, was lediglich „Beifang“? Skeptisch ist Hecken auch, ob die neue Regelung rechtlich Bestand haben wird. Sein Fazit lautet daher: die richtige Idee, aber von der Umsetzung her eher eine „Verzweiflungstat“.
Kein Problem hat das G-BA-Oberhaupt dagegen mit der abgesenkten Orphan-Drug-Umsatzschwelle und der Rückwirkung des Erstattungsbetrags ab dem siebten Monat. Bezogen auf den Erstattungsbetrag erinnert Hecken daran, dass es in anderen Ländern Europas je nach Preis zum Teil bis zu 500 Tage dauere, bis diese Arzneimittel im dortigen Sozialversicherungssystem überhaupt erstattungsfähig seien. „Bei uns ist das ab Tag eins der Fall.“ Für ihn handelt es sich daher um eine Änderung, die längst überfällig und ordnungspolitisch sinnvoll sei, deren Einsparvolumen er jedoch für überschaubar hält.

Kaum Protest

Auffällig ist, dass die AMNOG-Änderungen im gesetzgeberischen Prozess und der begleitenden öffentlichen Diskussion nahezu kaum eine Rolle gespielt haben – wenn man von einigen Interventionsbemühungen in letzter Minute absieht. Bemerkenswert ist etwa der Vergleich zum Ärzteprotest angesichts der einkassierten Neupatientenregelung. Darüber wundert man sich offenbar selbst im Bundesgesundheitsministerium. Entsprechend zurückhaltend fallen die Modifikationen in den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen zum AMNOG aus. Statt auf 20 Millionen Euro wird die bisherige 50-Millionen-Umsatzschwelle für Orphans jetzt auf 30 Millionen abgesenkt. Stichwort Kombinationstherapien: Jene mit beträchtlichem Zusatznutzen verschont der Gesetzgeber vom Abschlag. Außerdem haben die MdBs ergänzt, dass die Folgen der Änderungen im kommenden Jahr vom Bundesgesundheitsministerium evaluiert werden sollen. Zusammen mit dem Bundeswirtschaftsministerium werden die Auswirkungen auf die Versorgung und den Standort bewertet. •

Vor einem Paradigmenwechsel beim AMNOG warnt Josef Hecken (links). Jürgen Wasem befürchtet einen „erheblichen Flurschaden“. © pag, Fiolka

Problem vertagt

Eine nachhaltige GKV-Reform lässt weiter auf sich warten

• Berlin (pag) – Die gesetzliche Krankenversicherung ist nach einigen goldenen Jahren in schweres Fahrwasser geraten. Das umstrittene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) behebt das Milliardendefizit nur kurzfristig. Bleibt die Hoffnung auf ein Folgegesetz im kommenden Jahr, das die strukturellen Herausforderungen der GKV nachhaltig und gerecht angeht.

© stock.adobe.com, Ulia Koltyrina; Bearbeitung pag, Anna Fiolka

Von der Öffentlichkeit bleibt der Umstand, dass ein Sozialversicherungszweig mit einem zweistelligen Milliardendefizit ringt, weitgehend unbeachtet. Das dürfte an der gegenwärtigen Konkurrenz gleich mehrerer Krisen liegen: Krieg in der Ukraine, Klima- und Energiekrise, eine bevorstehende Rezession und der Dauerbrenner Corona. Die GKV läuft da unter ferner liefen. Vielleicht ist das Thema auch zu abstrakt, vermutet die Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann bei einer Veranstaltung der Allgemeinen Ortskrankenkassen, bei der es darum gehen soll „Gerechtigkeitslücken in der GKV-Finanzierung“ zu schließen.

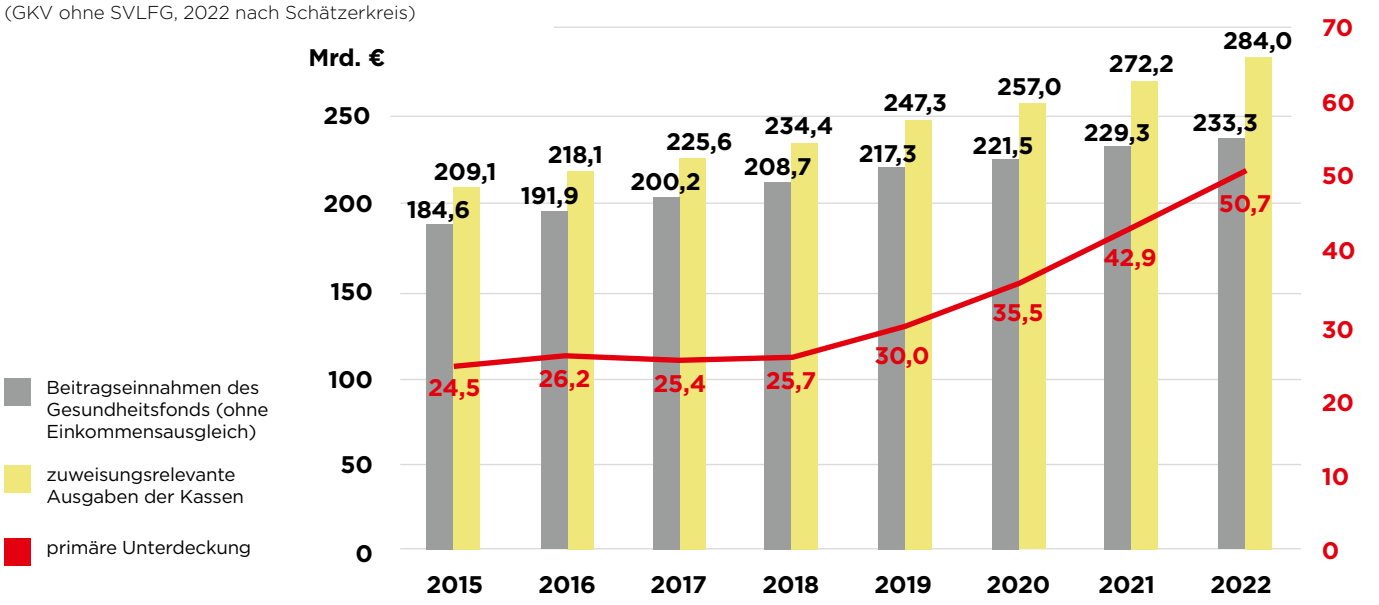
Gerecht wird das GKV-FinStG von kaum einem Akteur des Gesundheitswesens empfunden. Eher schlecht als recht gleicht es das 17-Milliarden-Defizit des kommenden Jahres aus. Am Tag, als die Volksvertreter ihren Segen dazu geben, bringt es der BKK-Dachverband in einem Tweet auf den Punkt: Die Finanzierung zum Stopfen der Finanzlücke in der gesetzlichen Krankenversicherung sei „nicht fair verteilt“. Die Hauptlast tragen die Beitragszahler, kritisieren die Betriebskrankenkassen.

Goldene Jahre

Die Hintergründe der tiefroten Zahlen stellt der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen auf der AOK-Veranstaltung dar. Die Jahre 2015 bis 2019 sind für ihn „goldene Jahre der Gesundheitspolitik“, seinerzeit waren nämlich die beitragspflichtigen Einnahmen und die Ausgaben der Kassen im Einklang. Diese Zeit hat die Politik für zahlreiche ausgabenintensive Gesetze genutzt. 2019 deutete es sich laut Wasem bereits an, ab 2020 geht die Schere dann immer weiter zwischen Ausgaben und beitragspflichtigen Ein-

Gesundheitsfonds: Einnahmen und Ausgaben, primäre Unterdeckung

(GKV ohne SVLFG, 2022 nach Schätzerkreis)



Quelle der Grafiken: Präsentationsfolien von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Finanzierung der GKV: Ausgangssituation und Handlungsbedarf, Oktober 2022

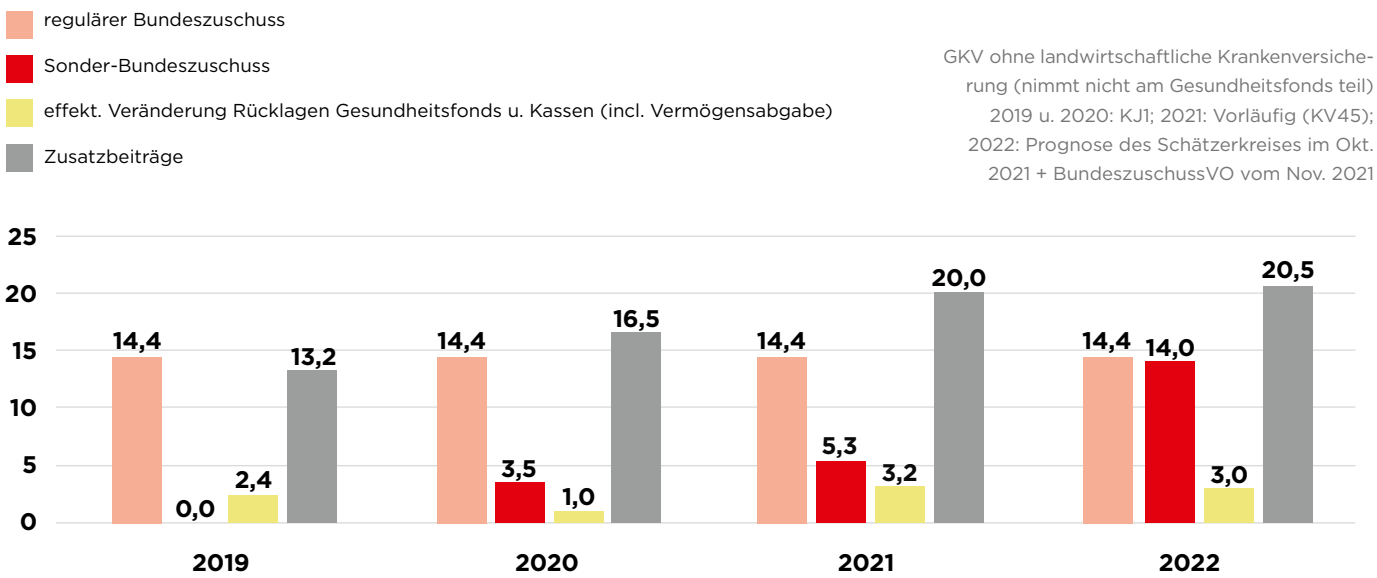
nahmen der Versicherten auseinander. Das habe auf der Ausgabenseite wenig mit COVID zu tun, schließlich sei dieser Kostenblock weitgehend über Bundesmittel finanziert worden, erläutert der Ökonom. Auf der Einnahmenseite habe man es aber durchaus mit den Folgewirkungen des reduzierten Wirtschaftswachstums zu tun.
Mit dem Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben nimmt die strukturelle Unterdeckung der GKV deutlich zu: von 30 Milliarden im Jahr 2019 auf 50 Milliarden in diesem Jahr. Aufgefangen wurde dieses Defizit – neben einer merklichen Erhöhung der Zusatzbeiträge und einem Abbau der Kassenrücklagen – vor allem durch die Einführung eines Sonder-Bundeszuschusses. Wenn man den Sonderzuschuss streicht – wie mit GKV-FinStG geschehen – „dann hat man sofort ein zu stopfendes Loch“, sagt Wasem. Er macht klar, dass das im Oktober verabschiedete Gesetz nur auf „knappste Kante“ für 2023 genäht sei. Dauerhafte Regelungen seien daher dringend erforderlich.

Keine Chance mit Bordmitteln

Dass das Stabilisierungsgesetz „keine Antwort auf die Gesamtherausforderung“ liefere und für eine nachhaltige Sicherung nicht ausreichend sei, räumt Heike Baehrens (SPD), auf der AOK-Veranstaltung im September ein. Nur kurze Zeit später kündigen Gesundheitspolitikerinnen und -politiker der Ampel ein Folgegesetz für das kommende Jahr an. Anlässlich der Verabschiedung des GKV-FinStG im Bundestag twittert Maria Klein-Schmeink von den Grünen: „…die Arbeit an einer nachhaltigen und gerechten Lösung für 2024 ff beginnt jetzt.“
Eine nachhaltige Lösung muss die demografische

Dringliche Warnungen vor den Folgen des GKV-FinStG: Carola Reimann und Adreas Storm. Auch Josef Hecken (rechts) sieht die GKV vor massiven Herausforderungen. © pag, Fiolka

Finanzierung der primären Unterdeckung (in Mrd. €)



Quelle der Grafiken: Präsentationsfolien von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Finanzierung der GKV: Ausgangssituation und Handlungsbedarf, Oktober 2022

Entwicklung zwingend mitdenken, denn bis etwa 2035 gehen die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge in den Ruhestand. Auf diese Herausforderung weist DAK-Chef Andreas Storm bei einer Veranstaltung von RS Medical Consult im Oktober eindringlich hin. Er nennt folgende Zahlen: Der Anteil von Rentnern bezogen auf Erwerbsbevölkerung beträgt im Jahr 2010 40 Prozent, 2040 wird er dagegen bei 70 Prozent liegen. Diese Entwicklung führe auf der Ausgabenseite tendenziell zu höheren Leistungsausgaben. Eine weitere Konsequenz: „Wenn Menschen ins Rentenalter kommen, sinken die Einnahmen dieser Versicherten drastisch gegenüber der Erwerbsphase“, sagt Storm. Zur Erinnerung: Der Versicherte zahlt als Erwerbstätiger 16 Prozent Beitragssatz auf seinen Bruttolohn, im Ruhestand dagegen 16 Prozent Beitrag auf seine Rente. „Deshalb haben wir hier auch ein strukturelles Einnahmenproblem“, warnt der Kassenchef. Er sagt voraus: „Zwischen 2020 und 2035 geht demografisch in diesem Land die Post ab.“ Mit Bordmitteln gebe es keine Chance, die Schere zwischen GKV-Einnahmen und -Ausgaben wieder zu schließen.

Mit Volldampf gegen die Wand

Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesauschusses, Prof. Josef Hecken, spitzt das von Storm erläuterte Problem weiter zu. Künftig werde man es vermehrt mit Rentnern zu tun haben, die unstete Erwerbsbiografien aufweisen und teilweise ihr Leben lang nur wenig verdient haben. „Mindestlohn ist schon nichts, 48 Prozent vom Mindestlohn ist gar nichts und 16 Prozent Beitrag von gar nichts – da rentiert sich am Ende des Tages der Beitragseinzug nicht mehr.“ Außerdem kumuliere die demografische Entwicklung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt. Immer mehr Erkrankungen, die früher zur Auszahlung des Sterbegeldes geführt hätten, seien heute behandelbar. Hecken befürchtet daher: „Wir fahren mit Volldampf gegen die Wand.“

Eine nachhaltige und faire Weiterentwicklung der GKV muss Einnahmen und Ausgaben betrachten. Der, so Hecken, „größte und ineffizienteste“ Ausgabenblock der GKV sind die Krankenhäuser. Konsens besteht seit Langem, dass eine Strukturreform dieses Sektors überfällig ist. Allerdings muss für eine solche Reform zunächst zusätzliches Geld in die Hand genommen werden. Einiges an Zeit dauert ein solch umfassender Reformprozess ebenfalls.

Vorschläge für mehr Mittel gibt es reichlich

Bezüglich der Einnahmen werden vielfältige Maßnahmen diskutiert. Am häufigsten: die Aufstockung der GKV-Beiträge von ALG-II-Beziehern. Ein Vorhaben, das bereits im Koalitionsvertrag der Großen Koalition stand und das zu Reibereien mit dem Arbeitsminister führen dürfte. Einige Politiker nennen die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze als Option. Wasem regt beispielsweise an, die Beitragsgrundlage auf Arbeitgeberseite zu erweitern. Bisher seien lohnintensive Firmen benachteiligt. Denkbar sei eine zweite Säule, früher als „Maschinensteuer“ diskutiert. Die Innungskrankenkassen schlagen außerdem vor, einen Anteil aus den Steuereinnahmen auf Alkohol und Tabak der GKV in die Kassen zu spülen.

Welche Reformschritte letztlich realisiert werden, ist derzeit noch völlig offen. Festzuhalten bleibt: Die Erwartungen sind groß, die politischen Spielräume eher gering. •

Demografie trifft auf GKV-Finanzkrise

Prof. Jürgen Wasem über verschleppte und zukünftige Reformen

• Berlin (pag) – Der demografische Wandel gibt der Politik die Aufgabe, die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest zu machen. Für die GKV hat es vor 20 Jahren eine Kommission gegeben, die den Namen ihres Vorsitzenden trägt: Rürup. Sein Konterpart war damals Karl Lauterbach. Die Herzog-Kommission, auf Geheiß der damaligen Oppositionsführerin Angela Merkel entstanden, hat ebenfalls Vorschläge unterbreitet. Um es kurz zu machen: Kein Ergebnis fand Eingang in die Gesetzgebung. Prof. Jürgen Wasem spricht im Interview über Reformdruck bei der GKV, der aktueller denn je ist.

Trotz der zahlreichen Komissionen stehen wir heute da wie zuvor. Ist die Beschreibung korrekt?

Wasem: Der Auftrag der beiden Kommissionen bezog sich nicht nur auf die Krankenversicherung. In der Rentenversicherung etwa hatte die Rürup-Kommission die Erhöhung des Rentenalters von 65 auf 67 Jahren und die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors vorgeschlagen. Beides ist ja dann auch in den Folgejahren eingeführt worden.

Aber bei der Krankenversicherung…

Wasem: … standen sich Rürup mit seinem Vorschlag einer Kopfpauschale und Lauterbach mit dem Konzept der Bürgerversicherung gegenüber. Von der Herzog-Kommission war der Übergang zu einem kapitalgedeckten System mit Kopfpauschalen vorgeschlagen worden. Keines der Konzepte ist umgesetzt worden. Und ich denke, es ist auch richtig zu sagen, dass die GKV in den 20 Jahren, die seitdem vergangen sind, nicht demografiefester geworden ist. Das ist insbesondere deswegen unbefriedigend, weil sich das Thema demografischer Wandel nicht erledigt hat. Im Gegenteil: In den jetzt vor uns liegenden 15 Jahren steigt der Altenquotient deutlich an – das hat die jüngste amtliche Bevölkerungsvorausschätzung noch einmal deutlich gemacht.

Vor uns liegt ein größerer Versorgungsbedarf – weil mehr Alte – bei weniger Arbeitskräften und weniger Beitragszahlern. Haben wir für einen strukturellen Wandel überhaupt noch genügend Zeit?

Wasem: Die von der Rürup-Kommission diskutierten Lösungsvorschläge lassen sich natürlich noch umsetzen – wobei kontrovers diskutiert wird, inwieweit Bürgerversicherung und Kopfpauschale Antworten auf den demografischen Wandel geben. Soweit man eine Kapitaldeckung, also den Vorschlag der Herzog-Kommission, als ein Lösungsinstrument ansieht, ist es dafür in der Krankenversicherung schon zu spät. Dafür müssten jetzt so große Summen zusätzlich zur Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben angespart werden, das ist völlig illusorisch. Das kann man gegebenenfalls für die Pflegeversicherung noch diskutieren: Da dort die Leistungen in nennenswertem Umfang erst nach dem 80. Lebensjahr anfallen, hätte man mehr Zeit.
Die Anpassung des Gesundheitswesens an den demografischen Wandel hat aber nicht nur etwas mit der Finanzierung, sondern auch mit den Versorgungsstrukturen zu tun. Politischen Willen vorausgesetzt kann man diese durchaus in den kommenden zehn Jahren an eine stark alternde Bevölkerung weiter anpassen. Ich hoffe sehr, dass die vom BMG im nächsten Jahr vorzulegenden Eckpunkte einer Strukturreform dies im Blick haben.

Die GKV hat goldene Jahre gerade erst hinter sich. Die Chance für eine Strukturreform der Krankenhäuser, die ja zunächst Investitionen kostet, wurde verpasst. Welche Konsequenzen wird das haben?

Wasem: Die Beobachtung trifft zu: Solange trotz ausgabenträchtiger Gesundheitsreformen die Beitragssätze stabil bleiben konnten, hat die Politik die Strukturreform

© stock.adobe.com, Robert Kneschke

der Krankenhäuser nicht angepackt. Ich erinnere mich, dass ich 2019 eine Gesundheitspolitikerin aus der Regierung gefragt habe, wie lange das gut geht. Die Antwort lautete: „Hoffentlich bis zur nächsten Bundestagswahl“. Jetzt ist wohl die Einsicht, dass Handlungsbedarf besteht, gestiegen, aber natürlich lassen sich Reformen in der Rezession sehr viel schwieriger realisieren. Gerade weil die Krankenhausreform erst auf mittlere Sicht zu geringeren Ausgabenzuwächsen führt, zunächst aber Geld auf den Tisch gelegt werden muss. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir das aus Beitragsmitteln allein hinbekommen, sondern gehe davon aus, dass wir dafür die Haushalte von Bund und Ländern brauchen.

Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass die Politik nicht über die Legislatur hinaus sachgerechte Lösungen für Herausforderungen der Zukunft angeht?

Wasem: Für die Krankenversicherung ist – wie eben dargestellt – bereits die Analyse, was man eigentlich bei der Finanzierung tun müsste, alles andere als klar: Bürgerversicherung, Kopfpauschale, Kapitaldeckung? Bei der Rentenversicherung war die Situation einfacher,

© pag, Fiolka

Zur Person

Der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem befasst sich seit mehreren Jahrzehnten mit der sozialen Selbstverwaltung. Er hat verschiedene Bundesregierungen beraten. Die Liste seiner Funktionen ist lang. Der Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen ist unter anderem Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses und der Schiedsstelle für Preisvereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband und Herstellern digitaler Anwendungen.

weil es rasch Konsens gab, im bestehenden System zu bleiben und man sich „nur“ darauf verständigen musste, wie stark die Wirkungen des demografischen Wandels den Beitragszahlern aufgebürdet werden sollen und in welchem Maß die Rentner den Wandel über geringere Rentenanpassungen selbst finanzieren. Hinzu kommt, dass wir in der Krankenversicherung Versorgungsleistungen absichern.

Das bedeutet?

Wasem: Die Festlegung eines Niveaus ist deutlich komplexer als in der Rentenversicherung – und wird zudem dadurch geprägt, dass die Ausgaben der Krankenkassen die Einnahmen und Einkommen der Leistungserbringer sind. Gleichwohl finde ich, wir müssen die Niveau-Diskussion auch für die Krankenversicherung führen. Sie kumuliert meines Erachtens insbesondere in der Frage nach der Zahlungsbereitschaft für medizinischen Fortschritt in einer alternden Gesellschaft.

Nun kommt zur demografischen Herausforderung noch eine akute Not, verursacht durch Pandemie, Krieg, Inflation – bald Rezession. Das GKV-Löcher-Stopf-Gesetz für 2023 mag ja noch hinhauen, aber dann?

Wasem: Das Löcher-Stopfen ist deswegen notwendig, weil wir seit vier Jahren wieder ein stärkeres Wachstum der Ausgaben als der beitragspflichtigen Einnahmen haben. Bis einschließlich dieses Jahr haben wir das insbesondere über einen jeweils diskretionären Sonder-Bundeszuschuss finanziert. Wenn der plötzlich weitestgehend wegfällt, weil er politisch nicht mehr durchsetzbar ist, entsteht akuter Handlungsbedarf. Und da es vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eher unwahrscheinlich ist, dass Einnahmen- und Ausgabenwachstum von selbst im Gleichklang ist, müssen entweder dauerhaft zusätzliche Einnahmequellen erschlossen werden oder die Ausgabenzuwächse gebremst werden.

Kommen wir um Rationierung herum? Ulla Schmidt hat zu dem Instrument gegriffen, obwohl sie 2003 nur vier Milliarden Euro zum Löcher-Stopfen einsammeln musste.

Wasem: Na ja, ob das GKV-Modernisierungsgesetz schon Rationierung war, würde ich mit einem Fragezeichen versehen. Das Sterbegeld wurde abgeschafft und die Leistungspflicht für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel ist weitestgehend entfallen. Richtig aber ist: Wir müssen die Frage nach dem Leistungsumfang im Solidarsystem stellen – auch wenn sie deutlich schwieriger als in der Rentenversicherung ist. Wobei man die Augen davor nicht verschließen darf, dass jede Leistungsbegrenzung natürlich eine Umverteilung von oben nach unten bewirkt, weil einkommensabhängig finanzierte Leistungen in die Finanzierung durch den Markt oder die PKV verlagert werden. In einer Studie für die Hans-Böckler-Stiftung haben wir das beim GKV-Modernisierungsgesetz schön zeigen können.

Wie kann eine Finanzierungsreform aussehen, die dem Problem angemessen ist?

Wasem: Wichtig ist sicherlich, dass die Maßnahmen – anders als der jeweils einmalig beschlossene Sonder-Bundeszuschuss oder der Griff in die Rücklagen von Gesundheitsfonds und Krankenkassen – „basiswirksam“ sind. Sonst wiederholt sich das Löcher-Stopfen alljährlich. Wir brauchen aus meiner Sicht einen Mix: einen dauerhaft höheren und dynamisierten Bundeszuschuss, mit Augenmaß weiter steigende Beitragssätze und auf der Ausgabenseite ein Konzept für einen kritischeren Blick auf den Leistungskatalog und die Zahlungsbereitschaft für medizinischen Fortschritt. ●

Mangelernährung: Recht auf wirksame Versorgung

• Berlin/Wien (pag) – Mehr als 1,5 Millionen Menschen in Deutschland sind von Mangelernährung betroffen, vor allem Menschen mit Krebs, Demenz oder Erkrankungen der Verdauungsorgane sind gefährdet. Eine ernährungsmedizinische Betreuung kann ihre Prognose zwar verbessern, ist aber in vielen Klinken noch immer nicht vorgesehen. Eine internationale Erklärung macht auf das Problem aufmerksam.

© iStock.com, SilviaJansen

„Viele Menschen, die wegen einer akuten oder chronischen Erkrankung in der Klinik behandelt werden, sind in schlechtem Ernährungszustand“, sagt Prof. Matthias Pirlich, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Dies betreffe besonders ältere Menschen. Dem Ernährungsbericht der Gesellschaft zufolge zeigen fast ein Drittel der Patienten im Krankenhaus Zeichen einer Mangelernährung. Mit fatalen Folgen: Ein chronischer Energie- und Nährstoffmangel kann Heilungsprozesse negativ beeinflussen und die Prognose der Betroffenen weiter verschlechtern. „Mangelernährung ist mit einer erhöhten Komplikationsrate sowie mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden“, erläutert der Experte.

Weiterführender Link:

Download der „Vienna Declaration“

https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Vienna%20Declaration%20%20FINAL%205_2022.pdf

„The human right to nutritional care“

Bereits seit Jahren fordert die DGEM, dass ein Screening auf Mangelernährung sowie eine ernährungsmedizinische Betreuung feste Bestandteile der klinischen Behandlung sein sollten. Eine Vielzahl von Studien belegte, dass eine individuelle ernährungsmedizinische Behandlung die Genesung von Klinikpatienten wirksam unterstützt. Doch noch immer seien in vielen Kliniken weder standardmäßig Screenings auf Mangelernährung vorgesehen noch ausreichend Diätassistenten und -assistentinnen verfügbar, kritisiert der Arzt.
Beim 44. ESPEN Congress on Clinical Nutrition and Metabolism in Wien haben kürzlich über 75 Verbände aus aller Welt die „International Declaration on the Human Right to Nutritional Care“ unterzeichnet. Damit soll das Bewusstsein für die Bedeutung krankheitsassoziierter Mangelernährung geschärft und auf die mangelnde Ernährungsversorgung von Menschen mit chronischen und akuten Krankheiten hingewiesen werden. •

Innovationsfonds: Existenzberechtigung hinterfragt

• Berlin (pag) – Eine „mutige Weiterentwicklung“ des Innovationsfonds verlangt der Bundesverband Managed Care (BMC). Bislang hätten neue Versorgungsprojekte nicht den Sprung in die Regelversorgung geschafft – damit verfehle der Fonds sein Ziel, die Versorgung strukturell und flächendeckend zu verbessern.

Der Innovationsfonds ist für den Verband sowohl Erfolgsgeschichte als auch eine „Geschichte der verpassten Chancen“. Als positiv vermerkt er, dass der Fonds das Innovationsklima im Gesundheitssystem erheblich verbessert, die beteiligten Akteure zu innovativen Ideen ermuntert und verschiedenste Kooperationen ermöglicht habe. Bewährt habe sich der praxisorientierte Ansatz des Fonds: Alle Versorgungskonzepte werden im realen Versorgungssetting erprobt und müssen unter Einhaltung eines wissenschaftlichen Studiendesigns den Praxistest bestehen. Den hohen administrativen Aufwand kritisiert dagegen der Verband.

Selektivverträge als Ziel?

Im Koalitionsvertrag der Ampel ist eine Verstetigung des Fonds vorgesehen. Auch ein Evaluationsbericht von Prognos im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) empfiehlt im Frühjahr, das Instrument unbefristet fortzuführen. Allerdings, so der BMC, konnte der Innovationsfonds bislang den „wichtigsten Nachweis seiner Existenzberechtigung“ nicht erbringen: die Verbesserung der Regelversorgung durch erprobte Innovationen. Vielmehr scheine sich die Interpretation durchzusetzen, dass auch Selektivverträge ein geeignetes Ziel von Projekten sein könnten. Die von allen Beitragszahlern finanzierten Ergebnisse sollten jedoch allen zugutekommen, argumentiert der Verband. Für eine grundlegende Weiterentwicklung macht er einige Vorschläge. Dazu gehören unter anderem:

- Strukturelle Veränderungen der Regelversorgung als Ziel verfolgen: Ein „Pflichtenheft“ müsse alle relevanten Institutionen verbindlich auffordern, sich zügig mit vom Innovationsausschuss positiv bewerteten Innovationen zu befassen. Über den Umsetzungsstand solle der Ausschuss regelmäßig an das BMG Bericht erstatten.

- Translation der Ergebnisse frühzeitig vorbereiten: Es brauche eine frühe Zwischenbewertung von Projekterkenntnissen, die als Grundlage für eine mögliche Transferfinanzierung und einen übergreifenden Erfahrungsaustausch dienen kann.

Weniger Bürokratie, mehr Beteiligung von Patienten sowie eine Flexibilisierung von Projektdauer und -umsetzung sind weitere Reformstichwörter, die der BMC in einem Papier nennt. •

Rückblick

Im April ist das Prognos-Gutachten zu dem Schluss gekommen, dass die vom Fonds geförderten Projekte wichtige und nachhaltige Impulse für die Gesundheitsversorgung seien. Durch sie können belastbare Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung gewonnen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht den Evaluationsbericht als Bestätigung für Pläne der Koalition, das Förderinstrument dauerhaft zu etablieren.

Weiterführender Link:

Endbericht: Gesamtevaluation des Innovationsfonds, Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds

https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf

ME/CFS: Hilflosigkeit im System

• Berlin (pag) – Vor Corona gab es Schätzungen zufolge bis zu 300.000 Menschen, die an ME/CFS, dem Chronischen Fatigue Syndrom, leiden. Da dieses auch durch Corona ausgelöst werden kann, fürchten Experten, dass die Zahlen dramatisch ansteigen könnten. Das Gesundheitssystem reagiert auf die Betroffenen bislang hilflos. Das soll sich jetzt ändern.

Es gibt keine Versorgung, keine Netzwerke, keine ursächliche Therapie, zählt Christina Bernades von der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) auf einem von mehreren BKKen organisierten Expertendialog die Probleme auf. Dazu gehört auch das fehlende Wissen über die Erkrankung unter Ärztinnen und Ärzten. Daher dauert es durchschnittlich fünf Jahre, bis die Betroffenen eine Diagnose erhalten.

Nur Fragmente

Im Rahmen eines Innovationsfonds-Projektes der SBK, der Bahn-BKK und der BKK VBU werden derzeit Diagnose- und Therapiekonzepte erarbeitet, die langfristig in die Regelversorgung kommen sollen. Auch an Long-Covid Erkrankte könnten hiervon profitieren. Dafür arbeiten die Betriebskrankenkassen unter anderem mit der Charité zusammen. Dort leitet Prof. Carmen Scheibenbogen das Fatigue Centrum. Auch sie beschreibt auf der Veranstaltung die extrem schwierige Versorgungssituation. Ein Beispiel: In ganz Deutschland gibt es nur zwei Ambulanzen für die Erkrankung: eine für Erwachsene an der Charité und eine für Kinder in München.
Der Ärztin zufolge fehlt es außerdem an einem grundlegenden Verstehen der Krankheit. „Wir haben bisher nur Fragmente.“ Vieles spreche dafür, dass es sich um eine Autoimmunerkrankung handele, an der deutlich mehr Frauen als Männer erkranken. Umso wichtiger sind klinische Studien. Doch bei deren Planung und Durchführung ist Scheibenbogen mit vielen Hürden etwa in Form von ausuferndem Datenschutz konfrontiert.

Dr. Gertrud Demmler, Vorständin der SBK, spricht das Thema Teilhabe an. Unternehmen, Schulen und Kitas könnten viel dafür tun, dass die Menschen nicht in ihren vier Wänden verschwinden. „Indem wir Home-Office- beziehungsweise -Schooling-Angebote und Möglichkeiten zu Pausen und Rückzug schaffen, geben wir den Menschen die Möglichkeit, wenigstens in kleinen Teilen ihren Alltag weiterzuleben.“

Auch bei den Rehakliniken ist ein Umdenken erforderlich. Da die Behandlung dort oft auf Aktivierung und Bewegung setzt, sind deren Angebote für Menschen mit ME/CFS nicht geeignet. „Körperliche Belastungen sind für ME/CFS-Patientinnen und -Patienten schädlich und können den Zustand deutlich verschlimmern“, warnt Peter Pollakowski von der Bahn-BKK. •

Zum Hintergrund

Myalgische Enzephalomyelitis (ME), auch bekannt als Chronisches Fatigue Syndrom (CFS), ist eine komplexe neuroimmunologische Erkrankung. Sie wird häufig durch eine Infektionskrankheit wie den Epstein-Barr-Virus ausgelöst und nimmt oft einen schweren Verlauf.
Zu den Symptomen gehören neben einer schweren Fatigue auch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Gelenk-, Muskel- und Kopfschmerzen. Charakteristisch ist die Post-Exertional Malaise: Schon nach geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung verstärken sich die Symptome deutlich für einen längeren Zeitraum. Bei Schwerstbetroffenen kann diese bereits durch das Umdrehen im Bett ausgelöst werden. Viele Menschen mit ME/CFS sind arbeitsunfähig und können ihren Alltag nicht mehr bewältigen.

Mitarbeiter des ECDC im Emergency Operations Centre - EOC © European Centre for Disease Prevention and Control

EU wappnet sich für künftige Gesundheitskrisen

• Straßburg/Brüssel (pag) – Die Europäische Union soll für den Ausbruch übertragbarer Krankheiten gerüstet werden. Dafür hat das Europäische Parlament neue Regeln angenommen. Erleichtert werden soll auch die Bekämpfung länderübergreifender Gesundheitsgefahren. „Die Europäische Gesundheitsunion wird schrittweise aufgebaut", sagt Berichterstatterin Véronique Trillet-Lenoir aus Frankreich.

Mit 542 zu 43 Stimmen bei 9 Enthaltungen haben die Abgeordneten kürzlich eine mit dem Rat erzielte Einigung gebilligt. Es geht darum, den Aufgabenbereich des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zu erweitern. Mit den neuen Regeln soll die EU besser gegen übertragbare Krankheiten gewappnet sein, ihre Ausbreitung besser verhindern können und besser mit Krankheitsausbrüchen umgehen. Das ECDC arbeitet künftig mit der Kommission, den Behörden der Mitgliedstaaten, den Einrichtungen der EU und internationalen Organisationen zusammen. Damit aktuelle und vergleichbare Daten zur Verfügung stehen, koordiniert das ECDC die Normierung der Datenerhebungsverfahren, die Validierung und Analyse der Daten sowie ihre Verbreitung auf EU-Ebene. Darüber hinaus soll das Zentrum die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten beobachten. Es beurteilt, ob diese in der Lage sind, Ausbrüche übertragbarer Krankheiten zu erkennen, sie zu verhindern, darauf zu reagieren und sie zu bewältigen. Außerdem soll es Handlungsbedarf aufzeigen und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen abgeben.

Bessere Planung

Ein weiteres vom Parlament angenommenes Maßnahmenpaket ermächtigt die Kommission, in Zukunft formell einen EU-weiten Gesundheitsnotstand festzustellen. Dadurch stößt sie verstärkte Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten an und ermöglicht, dass zügig Gegenmaßnahmen getroffen und Vorräte von medizinischen Gütern angelegt werden. Außerdem bringen die neuen Vorschriften Klarheit mit Blick auf die gemeinsame Beschaffung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten: Unter anderem kann der gemeinschaftliche Kauf auf EU-Ebene verhindern, dass die teilnehmenden Staaten gleichzeitig Beschaffungen tätigen und Verhandlungen führen.

Gesundheitsunion im Aufbau

Im Zuge des Aufbaus der Europäischen Gesundheitsunion hat die Kommission im Herbst 2020 einen neuen Rahmen für die Gesundheitssicherheit vorgeschlagen. Er beruht auf den Erfahrungen im Umgang mit der Coronapandemie und besteht aus drei Rechtsakten. Diese sehen eine Stärkung der Rolle der Europäischen Arzneimittelagentur, die Ausweitung des Aufgabenbereichs des ECDC und einen Vorschlag für eine Verordnung zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren vor. •

Wenn Patienten depriorisiert werden

• Berlin (pag) – Kann Digital Health zu mehr Gerechtigkeit in der Versorgung beitragen? Diese Frage wird bei einer von Zeit-Stiftung und Holtzbrinck Berlin veranstalteten Diskussionsrunde debattiert. Unter der Überschrift Gesundheitsgerechtigkeit geht es um Chancen und Grenzen digitaler Angebote.

Psychisch kranke Menschen müssen sich lange gedulden, bevor sie einen Behandlungsplatz bei einem Psychotherapeuten bekommen. Einer Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer zufolge warteten im Jahr 2019 rund 40 Prozent der Patientinnen und Patienten zwischen drei und neun Monate auf ihren Behandlungsbeginn. Dass sie psychisch krank und behandlungsbedürftig sind, wurde vorher in einer speziellen Sprechstunde festgestellt. Seit der Corona-Pandemie hat sich der Mangel an Behandlungsplätzen noch verschärft.

Patienten werden depriorisiert

Nora Blum weiß um die Unterversorgung und empfindet die Situation als ungerecht. Ebenso wie die Kammer fordert sie mehr Kassensitze für Therapeuten. „Die Patienten werden depriorisiert“, kritisiert sie auf der Veranstaltung. Blum hat mit den Online-Kursen von Selfapy ein digitales Hilfsangebot für Menschen mit psychischen Belastungen wie Depressionen oder Angststörungen entwickelt. Bezahlt wird eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) von den Krankenkassen, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Die App-Gründerin betont, dass das digitale Angebot auch Betroffene erreiche, die keinen Zugang zum herkömmlichen Versorgungssystem hätten. Sie spricht von Personen, die im ländlichen Raum wohnen und denen Kraft und Zeit fehle, 20 weitere Therapeuten abzutelefonieren. Eine App zu installieren sei im Vergleich zu anderen Hürden der Versorgung einfach zu bewerkstelligen. Momentan wird das Angebot in andere Sprachen übersetzt, um den Kreis möglicher Nutzerinnen und Nutzer zu erweitern.

Blum spricht auch über die Grenzen ihres Angebots: Die App ist beispielweise nur für Personen mit einer leichten oder mittelschweren Depression zugelassen. Für schwer Erkrankte ist sie nicht geeignet. Trotzdem stellt sich die Frage, ob digitale Gesundheitsangebote dazu geeignet sind, Versorgungsengpässe abzumildern. Machen sie die Versorgung gerechter?

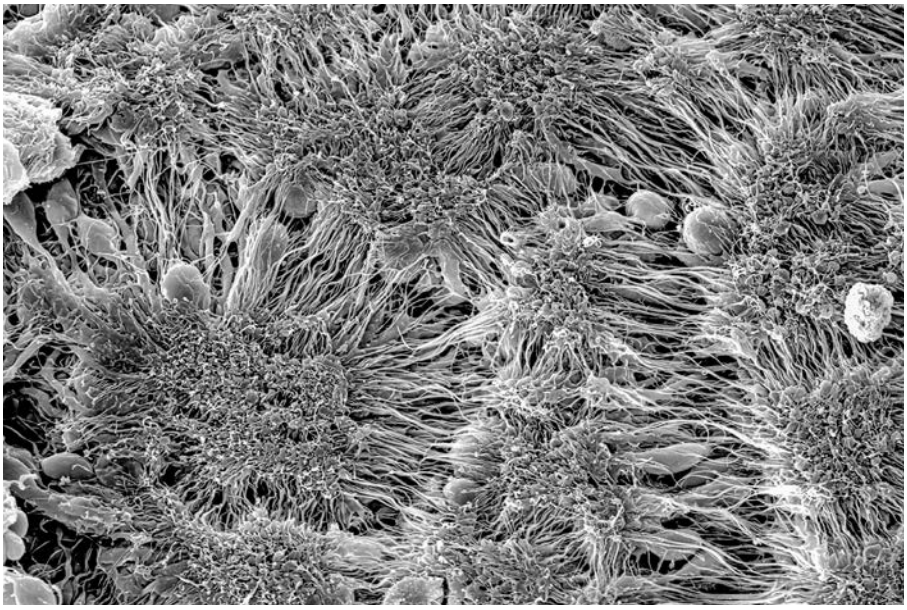
Apps und medizinisches Ethos

Für die Medizinethikerin Prof. Verina Wild ist Digital Health eine der großen Ideen, um niedrigschwellig und kostengünstig benachteiligte Gruppen zu erreichen. Wild unterscheidet bei Apps allerdings zwischen Anbietern, die ihre Anwendung als DiGA anerkennen lassen und in medizinischen Studien die Wirksamkeit der App beweisen wollen. „Solche Apps sind von einem medizinischen Ethos motiviert“, sagt Wild. Es gehe darum, Menschen nützlich zu sein und vernachlässigte Gruppen in den Fokus zu nehmen. Daneben gebe es zahlreiche Anbieter, die aus finanziellem Interesse Apps entwickeln. Der Markt biete viele Möglichkeiten, sagt Wild und nennt das Stichwort Gesundheitsdaten.

MdB Ruppert Stüwe sieht die Digitalisierung als große Chance für mehr Gesundheitsgerechtigkeit. Die Politik müsse sich vor allem um die Rahmenbedingungen dieses Prozesses kümmern, so der SPD-Forschungspolitiker. Seine größte Sorge: Das ganze Geschäft werde drei bis vier großen Playern überlassen und ein gesellschaftlicher Diskurs finde nicht statt. •

Schutzpflicht für Hirnorganoide?

• Berlin (pag) – Hirnorganoide sind Gewebestrukturen aus dem Labor, die Teile der Hirnfunktion imitieren. In einer Stellungnahme der Leopoldina beschreiben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Möglichkeiten dieses Forschungsgebietes. Eine wichtige Frage lautet, ob dieses Feld aus ethischen oder juristischen Gründen stärker reguliert werden sollte.



Oberfläche eines Hirnorganoids aus menschlichen Zellen unter dem Rasterelektronenmikroskop. Foto: Katherina Psathaki & Thomas Rauen

Organoide sind aus Stammzellen gewonnene Gewebestrukturen, die in vitro, also außerhalb des menschlichen Körpers, dreidimensional wachsen und die zelluläre Architektur sowie bestimmte Funktionen eines Organs in Teilen nachahmen. Hirnorganoide bestehen so wie das menschliche Gehirn aus Nervenzellen und Gliazellen, die Stütz- und Versorgungsgewebe bilden. „Hirnorganoide erlauben neue Einblicke in die frühe Gehirnentwicklung und in die Entstehung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen“, sagt Prof. Hans Schöler vom Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin Münster. Sie ermöglichten zudem, die Effekte von Medikamenten, Giftstoffen, Keimen oder Viren auf menschliche Gehirnzellen und auf die Gehirnentwicklung zu untersuchen. Schöler ist ein Sprecher der Arbeitsgruppe, die die Stellungnahme erarbeitet hat. Darin wird beschrieben, wie die Forschung an und mit Hirnorganoiden ein tieferes Verständnis einzelner Prozesse des menschlichen Gehirns ermöglichen kann.

Mit Embryonen nicht vergleichbar

Diese Forschung wirft eine Reihe ethischer und juristischer Fragen auf. Zum Beispiel, ob menschlichen Hirnorganoiden gegenüber eine Schutzpflicht entstehen könnte. Die hierzu vertretenen Positionen sehen solche Schutzansprüche zumeist erst dann gegeben, wenn Hirnorganoide Bewusstsein beziehungsweise Empfindungsfähigkeit besäßen – aus Sicht der Arbeitsgruppe eine Voraussetzung, die gegenwärtig nicht erfüllt ist. Die Stellungnahme verneint, dass weit entwickelten Hirnorganoiden ein vergleichbarer Schutz wie Embryonen zuzusprechen ist. Diese könnten sich – anders als Embryonen – nicht zu einem vollständigen Organismus oder gar Menschen entwickeln. Deswegen sei ein gleichartiger Schutz weder aus dem geltenden Recht ableitbar noch verfassungsrechtlich geboten.

Das Fazit: Auf absehbare Zeit wirft die Forschung an und mit Hirnorganoiden in vitro keine regulierungsbedürftigen ethischen und rechtlichen Fragen auf. Allerdings könnten den Autoren zufolge die aktuellen Grenzen des Entwicklungspotenzials von Hirnorganoiden aufgrund der Dynamik des Forschungsfeldes in Zukunft überwunden werden. In diesem Fall sollten die etablierten Verfahren der wissenschaftsinternen Selbstregulierung genutzt werden, um ethisch, rechtlich oder gesellschaftlich relevante Entwicklungen frühzeitig einschätzen und auf sie reagieren zu können. •

Weiterführender Link:

Stellungnahme „Hirnorganoide – Modellsysteme des menschlichen Gehirns“

https://www.leopoldina.org/hirnorganoide

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