GERECHTE GESUNDHEIT

Der Magazin zur Verteilungsdebatte

ISSN: 2625-3313
Ausgabe 47 – August 2019

# Ein fettes Problem

## Adipositas-Patienten und das Systemversagen der GKV

© iStock.com, Beeldbewerking

**Standpunkte**

Datenspende oder Datenteilungspflicht?

**Debatte**

Was wir für Innovationen bezahlen können und wollen

**Risiko**

Importförderklausel versus Arzneimittelsicherheit?

# System versagt

Ein Erkenntnisproblem liegt nicht vor. „Wir wissen eigentlich, was wir machen müssten, aber es ist nicht im Katalog der Regelleistungen der Kassen enthalten.“ Das räumt der DAK-Chef Andreas Storm in einer Diskussionsrunde zur Versorgung von Adipositas-Patienten ein. Diese werden von der Solidargemeinschaft vielfach im Stich gelassen: Sie müssen Therapien, die nachweislich einen Nutzen haben, einklagen oder aus eigener Tasche zahlen. Anders sieht es bei der Behandlung der Folgeerkrankungen aus, die anstandslos bezahlt werden. Es wird so lange gewartet, bis die Grunderkrankung viele andere Krankheiten produziert hat. Ein Umdenken ist längst überfällig.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

**Ihre Antje Hoppe, Chefredakteurin**

# Inhalt

## Im Fokus

4 **„… was wir bezahlen können und was wir bezahlen wollen“**
Experten debattieren über den Wert von Innovationen

6 **Datenspende oder Datenteilungspflicht?**
Standpunkt: Wie funktioniert ein lernendes Gesundheitssystem?

9 **Sicherheit hat ihren Preis**
Über das politische Tauziehen um die Importförderklausel bei Arzneimitteln

11 **Ein fettes Problem**
Adipositas-Patienten und das Systemversagen der GKV

## Im Gespräch

14 **GKV macht Adipöse zu Bittstellern**
Prof. Martina de Zwaan über die Ignoranz eines Gesundheitsproblems

## In Kürze

16 **Notstand in der Kinderintensivpflege**

17 **„Prison Health is Public Health“**

18 **Seniorenheimbewohner ohne augenärztliche Versorgung**

19 **Akademien fordern zeitgemäßes Gesetz für die Fortpflanzungsmedizin**

20 **Psychiatrie ist (noch) das Sorgenkind im AMNOG-Prozess**

21 **Versorgungsengpässe – ein zunehmendes Thema**

22 **Spahn versus Selbstverwaltung**

# „... was wir bezahlen können und was wir bezahlen wollen“

## Experten debattieren über den Wert von Innovationen

**• Berlin (pag) – „Innovationen in der Onkologie: Patientensegen und Zahlersorgen?“ lautet kürzlich das Thema eines Panels auf dem Hauptstadtkongress in Berlin. Der Bogen wird dabei weit gespannt: von amerikanischen Arzneimittelpreisen bis hin zum „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ (GSAV).**

Den Patientensegen stellt Prof. Carsten Bokemeyer dar. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) nimmt das Publikum auf einen Innovationsstreifzug durch die Onkologie mit, wichtige Stichwörter lauten dabei: molekulare Krebsmedizin, Immuntherapien und CAR-T-Zell-Therapien. Der Mediziner verweist auf deutlich verbesserte Überlebenszeiten der Patienten. Diese seien häufig nicht auf einzelne Therapien zurückzuführen, sondern auf Sequenzen oder Kombinationen mehrerer. Daher sei es im Bewertungsprozess neuer Medikamente schwierig, „ganz explizit den Überlebensvorteil eines einzigen Medikaments in einer längeren Behandlungskaskade festzulegen“. Insgesamt, hält Bokemeyer fest, konnten noch nie so erfolgreich wie heute Grundlagenerkenntnisse in innovative Therapien umgesetzt werden.

### Intensive und offene Debatte nötig

Die Zahlerperspektive vermittelt im Anschluss Prof. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer. Er weist darauf hin, dass innovative Präparate häufig bereits für eine initiale Therapie hunderttausende Euro kosteten – wenn man das kombiniere, kommt man oft auf über eine halbe Million Euro pro Patient, rechnet der Kassenchef vor. „Das sind Summen, die in einem Solidarsystem schwer aufzuwenden sind.“ Finanzierungsansätze wie Risk-Sharing oder Pay for Performance hält Straub für nicht hinreichend und nachhaltig, um das Problem zu lösen. Man benötige hierzulande einen übergreifenden Konsens, wie mit den globalen Pricing-Strategien der Hersteller umzugehen sei. „Es bedarf einer intensiven und offenen Diskussion darüber, was wir bezahlen können und was wir bezahlen wollen.“ Die Diskussion über Arzneimittelpreise sei hierzulande relativ ruhig geworden, merkt Thomas Müller aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) an. Ganz anders in den USA, wo es sich um ein Top-Thema handele. Er erwartet, dass die starke Preisdiskussion in Amerika zu einem hohen Kostendruck in Europa führen werde. Für den Leiter der Abteilung Arzneimittel im BMG müssen Preise eine Balance schaffen – und zwar zwischen Anreiz und Bezahlbarkeit. Innovationen benötigten Anreize und mit Preisen setzte man diese für einen Wertschöpfungszyklus, der einen Zeitraum von 20 Jahren umfassen kann. Innovative Medikamente müssten aber auch bei möglichst vielen Patienten ankommen. Dabei stießen die Renditeerwartungen der Hersteller auf komplett unterschiedlich aufgestellte Gesundheitssysteme. Deutschlands sehr komfortable Situation lasse sich nicht mit der von Bulgarien, Polen oder Portugal vergleichen, führt Müller aus.

### Enge Zusammenarbeit und Datentransparenz

Auch die aktuelle gesundheitspolitische Gesetzgebung kommt bei der Expertendiskussion nicht zu kurz, insbesondere das GSAV. Das Gesetz sieht eine anwendungsbegleitende Datenerhebung vor. Die Grundidee sei, den Mangel an Evidenz vor der Zulassung mit möglichst guter Evidenz nach der Zulassung auszugleichen, erläu-

Innovationsstreifzug, Preisstrategien und Datentransparenz – es debattieren: Christoph Straub, Thomas Müller, Matthias Suermondt, Wolfgang Greiner, Moderation, und Carsten Bokemeyer (v.l.n.r.) © pag, Fiolka

tert der Ministeriumsvertreter. „Wir brauchen begleitende Datenerhebung nach Produkteinführung“, begrüßt Dr. Matthias Suermondt, Vice President Gesundheitspolitik und Marktzugang von Sanofi-Aventis Deutschland, den Ansatz des GSAV. Allerdings stecke der Teufel im Detail. Aus eigenen Erfahrungen wisse man, wie lange Registerstudien brauchen, um „in die Gänge zu kommen“. Bei kleinen Patientenzahlen hält Suermondt außerdem europäische Lösungen für sinnvoll.
Er geht auch auf die Schwierigkeiten der von Straub erwähnten Erstattungsmodelle wie Pay for Performance ein. Zentral sei dabei die Frage: Woran wird der Erfolg gemessen? Noch vergleichsweise einfach sei es, wenn – wie bei den CAR-T-Zell-Therapien – auf Heilung gehofft wird. Gehe es aber um Überlebensverlängerung, welche Rolle spielen dann Lebensqualität und Progression Free Survival? „Das sind Endpunkte, die unheimlich schwierig in ein Vertragswerk zu fassen sind“, erklärt Suermondt. Er appelliert, dass Kassen und Unternehmen noch enger zusammenarbeiten müssten und Datentransparenz zu einem früheren Zeitpunkt herzustellen sei, sodass auf Basis gemeinsamer Patientenzahlen über Verträge gesprochen wird. Es sei noch viel zu tun, hält Suermondt fest, doch die Chancen und Möglichkeiten, die sich ergeben könnten, seien die Anstrengungen wert.

## Von der Krebsversorgung abgehängt?

Ebenfalls auf dem Hauptstadtkongress wird die zweite wissenschaftliche Studie zur künftigen Krebsversorgung präsentiert. Erstellt hat sie das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald im Auftrag der DGHO. Demnach wird die Zahl der Krebsneuerkrankungen zwischen 2014 und 2025 voraussichtlich um etwa zehn Prozent auf über 520.000 pro Jahr zunehmen. Auch die Zahl der Menschen, die mit Krebs leben, wird hierzulande stark ansteigen. Die Versorgungsstrukturen müssen dieser Entwicklung angepasst werden, fordert daher die Fachgesellschaft.
Einige Ergebnisse der Studie: Den stärksten Zuwachs an Patientenzahlen zeigen Krebsentitäten, die im Alter häufig sind: bei Männern der Prostatakrebs, bei Frauen der Brustkrebs. Die höchsten relativen Zuwachsraten werden für Männer beim Harnblasenkrebs, für Frauen beim Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs erwartet. Die Zehn-Jahres-Prävalenz von Krebserkrankungen nimmt zwischen 2014 und 2025 deutlich zu: um etwa acht Prozent auf fast drei Millionen Patienten. Mit der demografischen Alterung steigt die Zahl der Patienten, die neben Krebs an mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung leiden.
Prof. Maike de Wit von der Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus fordert Versorgungsstrukturen, die es erlauben, die Kompetenz der spezialisierten Zentren in der Fläche verfügbar zu machen. Andernfalls riskiere man, dass „ganze Landstriche oder alte Menschen bei der Krebsversorgung abgehängt werden“. Sinnvoll seien mehr Möglichkeiten für die Delegation ärztlicher Leistungen und mehr Anstrengungen, um Medizinische Versorgungszentren auch an kommunalen Krankenhäusern zu implementieren. Für den DGHO-Vorsitzenden Prof. Carsten Bokemeyer sind die Studienergebnisse ein Aufruf, die Krebsprävention voranzutreiben. „Das Krebsrisiko steigt mit dem Alter deutlich an, aber es ist nicht unbeeinflussbar.“ •

**Weiterführender Link**

Studie: „Deutschlandweite Prognose der bevölkerungsbezogenen Morbiditätserwartung für häufige Krebserkrankungen“

https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/demografischer-wandel/dgho_gpsr_xiv_web.pdf

# Datenspende oder Datenteilungspflicht?

## Standpunkte: Wie funktioniert ein lernendes Gesundheitssystem?

**• Berlin (pag) – Ein lernendes Gesundheitssystem, das Daten nutzt, die im Gesundheitswesen, aber auch im Alltag erhoben werden, um die Versorgung zu verbessern – dieser Zielvorstellung widmet sich ein Forschungsprojekt. „Lernbedarf gibt es zuhauf, Lernmöglichkeiten eigentlich auch – wir nutzen sie aber nicht, weil ein Großteil der Daten, die täglich anfallen, nicht ausgewertet wird. Jedenfalls nicht im Rahmen solider Forschungsprojekte und -strategien“, konstatiert Prof. Christiane Woopen, Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres).**

© bakhtiarzein, Fotolia.com

Um Gesundheitsdaten für Forschungszwecke verfügbar zu machen, gilt es, eine Vielzahl von Fragen zu klären – methodischer, juristischer, ethischer Art. Dieser Aufgabe widmet sich das Projekt „Ethical Governance für ein lernendes Gesundheitssystem“, an dem ceres-Wissenschaftler mit Kollegen von der Forschungsstelle Datenschutz und dem Institut für europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges), Goethe-Universität Frankfurt, arbeiten.
Einen Zwischenbericht gibt es kürzlich bei einer Tagung in Berlin. Ein lernendes Gesundheitssystem, hebt dort Peter Bröckerhoff hervor, nutzt systematisch Daten aus der Versorgung für die Forschung. Umgekehrt werden Forschungsergebnisse schnell in der Versorgung implementiert. Ziel dieses Lernkreislaufes sei für Patienten eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Gesamtgesellschaftlich gehe es um nachhaltige Gerechtigkeit und Solidarität. Der ceres-Wissenschaftler betont, dass ein lernendes Gesundheitssystem auf Zusammenarbeit basiere. Dafür sei im gegenwärtigen System ein Kulturwandel notwendig. „Dieser muss von allen Akteuren getragen, gefördert und aktiv gestaltet werden.“
Nicht alle Tagungsteilnehmer überzeugt die Vision. Eine kritische Nachfrage kommt etwa von Prof. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Er findet, dass es bereits jetzt ein lernendes System gebe, das vielleicht etwas langsamer und schwieriger lerne. Bei einem anders lernenden, digital unterstützten System will er wissen: „Wenn wir über eine Solidarität genannte Relativierung des Datenschutzes reden, dann würde ich als Bürger schon gerne wissen, was ich dafür bekomme.“
Bei der Veranstaltung setzt sich Rebekka Weiß, Bitkom, mit der Frage auseinander, ob Unternehmen zu Gemeinwohlzwecken Daten mit Forschern teilen sollten. Der Rechtswissenschaftler Prof. Steffen Augsberg, Universität Gießen, beschäftigt sich damit, ob die Preisgabe personenbezogener Daten zu Zwecken eines lernenden Gesundheitssystems eine – ethische – Solidaritätspflicht sei. Im folgenden lesen Sie die Ausführungen der beiden. •

Prof. Steffen Augsberg

## Datenspende als Solidaritätspflicht?

In der jüngeren Vergangenheit wird intensiv über die sogenannte Datenspende nachgedacht. Insbesondere in der medizinischen Forschung verbinden sich mit der Nutzung großer Datenmengen – „Big Data“ – große Erwartungen und Hoffnungen. Die Datenspende soll dazu beitragen, die hierfür erforderlichen Daten zu gewinnen. Könnte sich hieraus sogar eine (ethische) Pflicht ergeben, die eigenen Daten zur Verfügung zu stellen und damit anderen Menschen zu helfen? Diese Frage kehrt die gängige Perspektive des Datenschutzes um: Üblicherweise wird zur Legitimation der Preisgabe personenbezogener Daten allein darauf abgestellt, ob sie von den Betroffenen konsentiert und/oder diesen zumutbar ist. Dass es ein schützenswertes Recht auf Privatheit gibt, das der Offenlegung solcher Daten prinzipiell widerstreitet, bedeutet indes nicht das Ende der Debatte. Denn es handelt sich hierbei nicht um einen absoluten Wert, sondern um eine abwägungsfähige und -bedürftige (Rechts-)Position.
Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass beim Umgang mit personenbezogenen Daten nicht auf eine vergleichsweise eindimensionale, schutzzentrierte Sichtweise abzustellen ist. Vielmehr muss das zugrunde liegende komplexere Geflecht einer Vielzahl, teilweise durchaus widersprüchlicher Rechte und Pflichten berücksichtigt werden. Das hat der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Big Data und Gesundheit“ ausführlich herausgearbeitet. Demnach zählen zu den normativ und evaluativ das Selbstverständnis des datengebenden Individuums wie seine Funktion und Position in der Gesellschaft beeinflussenden Werten neben Privatheit und Intimität auch Freiheit und Selbstbestim-

### Zur Person

Prof. Steffen Augsberg hat seit 2013 eine Professur für Öffentliches Recht an der Justus-Liebig-Universität Gießen inne. Zuvor hatte er eine Professur für Öffentliches Recht, insbesondere das Recht des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes. Augsberg ist zudem seit 2016 Mitglied des Deutschen Ethikrates.

mung, Souveränität und Macht, Schadensvermeidung und Wohltätigkeit sowie Gerechtigkeit und Solidarität. Auch mit Blick auf den Schutz von Daten ist dementsprechend eine individuelle wie gesellschaftliche Verantwortung gegenüber Anderen, insbesondere in spezifisch hilfsbedürftigen und vulnerablen Positionen, zu berücksichtigen.
Gerade im Gesundheitssystem liegt auf der Hand, dass eine wechselseitige Unterstützung dem spezifischen Charakter von Gesundheitsrisiken entspricht. Niemand kann darauf vertrauen, gesund zu bleiben, und deshalb sind alle daran interessiert, im Falle des Falles die bestmögliche Versorgung zu erhalten. Eine (ethische) Pflicht zur Preisgabe bedeutet dies aber noch nicht. Im Abwägungsprozess zu berücksichtigen wären etwa die – unter Big-Data-Bedingungen indes zunehmend wenig aussagekräftige – Sensibilität der Daten, deren Ersetzbarkeit, zu befürchtende Auswirkungen bei Missbrauch und Ähnliches. Letztlich müssten der konkrete Kontext und individuelle Besonderheiten miteinbezogen werden. Das verdeutlicht, warum sich eine pauschale Antwort auf die titelgebende Frage verbietet. Es verweist zugleich darauf, dass es bessere Optionen gibt, Chancen und Risiken von Big Data gerecht werdende Datensouveränität zu gewährleisten – dazu enthält die genannte Stellungnahme eine Vielzahl von Empfehlungen. •

Rebekka Weiß

## Datenteilungspflicht kann Innovationskraft bremsen

Daten sind die Basis der digitalen Wirtschaft und Gesellschaft. Nicht ohne Grund haben sich längst Vergleiche von Daten mit Gold, Öl und Wasser etabliert. Obwohl Daten anders als Bodenschätze beliebig reproduzierbar, kopierbar und in größerem Umfang verfügbar sind, wird seit Längerem diskutiert, ob Daten nicht aus bestimmten Gründen geteilt werden müssten.
Als erste Hürde zeichnet sich aber schnell das Datenschutzrecht ab. Die DSGVO legt in mehr oder weniger unflexiblen Tatbeständen fest, unter welchen Umständen die Daten überhaupt erhoben werden dürfen. Gesundheitsdaten unterliegen sogar besonders strengen Regeln. Zwar sieht die DSGVO Erleichterungen für Forschung vor. Eine Datenteilungspflicht kann daraus aber nicht abgeleitet werden.
Als Ausweg aus dem engen Korsett der DSGVO wird die Anonymisierung gesehen. Anonyme Daten unterliegen nicht dem Datenschutz und so könnte man annehmen, dass diese einfach ge- und verteilt werden könnten. Allerdings ist häufig unklar, welche Merkmale von einem Datensatz entfernt werden sollen, um die notwendige Anonymität der Daten sicherzustellen. Es wird sogar die These vertreten, dass echte Anonymität kaum zu erreichen sei, da durch eine Kombination verschiedener Merkmale immer die Gefahr bestehe, dass Daten doch auf eine bestimmte Person zurückgeführt werden können. Neben dieser technischen Dimension muss aber vor allem eines Berücksichtigung finden: Anonymisierung passiert weder einfach noch von allein. Sie muss geplant, implementiert, nachverfolgt und die technischen Verfahren aufgebaut und angepasst werden. Diese Investitionen werden kaum getätigt werden, wenn am Ende des Investitions- und Innovationszyklus eine Datenteilungspflicht steht und die Früchte der Arbeit quasi kostenfrei abfließen. Eine Datenteilungspflicht – auch für anonyme Daten – kann daher immer auch die Innovationskraft bremsen. Und: Für viele innovative Verfahren benötigen die Anwender eben doch personenbezogene Daten. Die Investitionen, die notwendig sind, um Daten auf hohem Niveau auszuwerten, daraus neue Verfahren zu entwickeln und den Mehrwert in innovative Anwendungen zu übertragen, sind hoch. Alle Einzelstränge der Datenerhebung erfordern nicht nur Technologie, sondern durch den regulatorischen Rahmen dauerhafte Beratung. Auch bestehende Haftungsrisiken durch die Rechtsunsicherheiten und die zahlreichen komplexen Abwägungsmechanismen, die die DSGVO bereithält, müssen eingepreist werden.
Was wir brauchen ist daher keine Verpflichtung zum Teilen von Daten, sondern einen besseren, kontrollierten Zugang zu Daten. Dabei sollte vor allem auch Datenpooling erleichtert und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Einrichtungen und Unternehmen verbessert werden. So könnten dann vor allem hochwertige Datensätze verbesserten Zugängen unterliegen. Mit einem flexibilisierten Rahmenwerk könnten auch Forscher verbesserten Zugriff erhalten und Gemeinwohlzwecke durch private und öffentliche Forschung vorangetrieben werden. •

© pag. Fiolka

### Zur Person

Rebekka Weiß leitet beim Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation & Neue Medien (Bitkom) die Abteilung für Vertrauen und Sicherheit und betreut unter anderem den Arbeitskreis Datenschutz. Weiß ist Volljuristin und hat zusätzlich den Master of Laws in „Intellectual Property and the Digital Economy“ an der University of Glasgow erworben.

© iStock.com, Shidlovski

# Sicherheit hat ihren Preis

## Über das politische Tauziehen um die Importförderklausel bei Arzneimitteln

**• Berlin (pag) – Die Mission trägt das „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ (GSAV) im Titel. Mit diesem hehren Ziel können sich alle Akteure identifizieren, doch bei der Wahl der Mittel hört die Einigkeit auf – zumindest bei der umstrittenen Importförderklausel.**

Schon vor dem GSAV steht das Thema Importförderklausel bei einigen Akteuren auf der Agenda. Bereits 2015 spricht sich der bayerische Pharmagipfel dafür aus, diese zu streichen. Auch einige Kassen halten das Instrument mittlerweile für verzichtbar – nicht zuletzt, weil die damit verbundenen Einsparungen als überschaubar gelten. Ein „zahnloses Bürokratiemonster“ nennt es Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er tritt im Sommer vergangenen Jahres – gemeinsam mit dem Vorsitzenden der hiesigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Chef des Deutschen Apothekerverbandes – für dessen Abschaffung ein.

### Lunapharm ist kein Einzelfall

Der Fall Lunapharm zeigt die Brisanz des Themas. Die Task Force, die den Skandal untersucht, findet in ihrem Bericht deutliche Worte. Die Experten schreiben, dass die Erfüllung dieser Quote die Patientensicherheit gefährde: Importe würden zunehmend „als Zugangsweg für minderwertige, gestohlene oder gefälschte Arzneimittel genutzt“. Lange, grenzüberschreitende und intransparente Lieferketten erhöhten das Risiko dafür, dass solche Medikamente hierzulande eingeschleust würden.

Hinzu kommt: Lunapharm ist insofern kein Einzelfall, als dass bereits 2014 gestohlene Arzneimittel, dieses Mal aus italienischen Kliniken, nach Deutschland gelangten. Prof. Wolf Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Mitglied der Lunapharm Task Force, betont im Interview mit *Gerechte Gesundheit*, dass insbesondere Krebsmedikamente im Fadenkreuz von kriminellen Netzwerken stehen. Als Zielland Nummer eins für gefälschte beziehungsweise gestohlene Arzneimittel gelte Deutschland.

## Der Kompromiss

Lunapharm ist ein Anlass für das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Doch insbesondere die Importförderklausel ist im Gesetzgebungsprozess Gegenstand intensiver Auseinandersetzungen. Mal heißt es, die Klausel wird gestrichen, dann soll sie wieder erhalten bleiben. Als wichtige Einflussgröße pro Quotenerhalt gilt Wirtschaftsminister Peter Altmaier (CDU). Zu dessen Wahlkreis Saarlouis gehört die 30.000-Seelen-Kreisstadt Merzig. Dort befindet sich der Sitz des größten Arzneimittelimporteurs Deutschlands, Kohlpharma.

Das am 6. Juni vom Bundestag mit dem Stimmen der Großen Koalition angenommene Gesetz sieht schließlich vor, dass die Klausel bestehen bleibt – allerdings mit Einschränkungen: Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und Zytostatika werden wegen besonderer Anforderungen an Transport und Lagerung von dieser Regelung ausgenommen. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis Ende 2021 einen umfassenden Bericht zu erstellen, den das Bundesgesundheitsministerium bewertet. Auch der Bundestag soll sich mit dem Bericht befassen, um zu klären, ob die Importregelung weiterhin notwendig ist. Neu geordnet wird die Preisabstandsgrenze: Unter Berücksichtigung der Abschläge muss bei Bezugsarzneimitteln mit einem Abgabepreis bis einschließlich 100 Euro der Abstand mindestens 15 Prozent betragen, bei Bezugsarzneimitteln mit einem Abgabepreis von über 100 Euro bis einschließlich 300 Euro mindestens 15 Euro und bei Bezugsarzneimitteln mit einem Abgabepreis von über 300 Euro mindestens fünf Prozent.

## Eine „halbseidene“ Lösung?

Bei der Opposition kommt der Erhalt der Importförderklausel nicht gut an. „Wer es mit Arzneimittelsicherheit ernst meint, muss die Vertriebswege massiv vereinfachen“, fordert Sylvia Gabelmann (Die Linke) in der Bundestagssitzung. Eindeutig Position bezogen hat im Vorfeld auch der FDP-Gesundheitspolitiker Prof. Andrew Ullmann. Er meint: „Unabhängig wie man zum Arzneimittelimport insgesamt steht, eine Importförderklausel ist heute ordnungspolitisch wie sozialpolitisch nicht mehr zu rechtfertigen.“
Einige Tage nach der Bundestagssitzung verteidigt der CDU-Bundestagsabgeordnete Tino Sorge die Regelung auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen. „Wir haben eine ganz gute Kompromissformel gefunden“, sagt er. Die Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen, Ulrike Elsner, findet, dass es sich um ein wichtiges Steuerungsinstrument in puncto Bezahlbarkeit handele. Dagegen kritisiert der Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker, Prof. Frank Dörje, die Gesetzesregelung auf dem Symposium als „halbseidene Lösung“, die schädlich für Patienten sei.
Einhellig fällt auch seitens der Pharmaindustrie die Kritik am Fortbestand der Quote aus. Dr. Martin Zentgraf, Vorstand des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, sagt: „Wer auf die Abschaffung der Importförderklausel verzichtet, konterkariert den Anspruch nach mehr Sicherheit.“ Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller sieht es ebenfalls kritisch, dass sich der Gesetzgeber nicht dazu durchringen konnte, die Importförderklausel komplett abzuschaffen: „Das hätte die Arzneimittelsicherheit deutlich erhöht.“

## Welche Rolle spielt der Bundesrat?

Nicht wenige Akteure dürften bei der Abschaffung der Importförderklausel auch auf den Bundesrat gesetzt haben. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig und bereits im Dezember vergangenen Jahres hat die Länderkammer in einer Entschließung die Streichung der Quote verlangt. Diese Forderung wiederholt der Rat in seiner Stellungnahme zum Gesetz vom 15. März. Die Argumentation: Die Klausel sei eine bürokratische Doppelregulierung ohne großes Einsparpotenzial. Durch neuere preisregulierende Gesetze und aktuelle Rabattvereinbarungen habe sie erheblich an Bedeutung verloren. Der Importzwang berge hingegen die Gefahr nicht mehr nachvollziehbarer Handelswege. Folgerichtig hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates dem Ländergremium empfohlen, dem Gesetz nicht zuzustimmen, sondern den Vermittlungsausschuss anzurufen. Diesen Antrag lehnt der Bundesrat am 28. Juni jedoch ab und stimmt für das Gesetz und damit für den Erhalt der Quote. ●

# Ein fettes Problem

## Adipositas-Patienten und das Systemversagen der GKV

**• Berlin (pag) – Der Umgang mit Adipositas-Patienten offenbart die Grenzen des Solidarsystems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Fettsucht als Krankheit anerkennt, schiebt man sie im deutschen Versorgungssystem in den Lifestyle-Bereich ab. Die Folge: Patienten werden auf der Suche nach wirksamen Therapien zum Bittsteller, während das System an den teuren Folgeerkrankungen herumdoktert.**

© iStock.com, Roberto Michel

Für die WHO ist Adipositas eine der größten Public-Health-Herausforderungen unserer Zeit. Die Erkrankung habe bereits epidemische Ausmaße erreicht: Weltweit sterben mindestens 2,8 Millionen Menschen jährlich an den Folgen von Übergewicht und Fettsucht. Schätzungen zufolge sind in der Europäischen Region der WHO 23 Prozent aller Frauen und 20 Prozent aller Männer adipös. Übergewicht und Adipositas sind erhebliche Risikofaktoren für eine Reihe chronischer Krankheiten wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs. Der Trend zur Fettleibigkeit macht auch vor Deutschland nicht Halt. Das belegen verschiedene Auswertungen des Robert Koch-Instituts, Mikrozensus-Daten und Versorgungsreports von Krankenkassen wie der Barmer oder der DAK. Die Krankheit ist leicht zu diagnostizieren, eine simple Waage reicht. Ab einem Body Mass Index (BMI) von 30 kg/m² gelten übergewichtige Personen als behandlungsbedürftig. Aber werden sie auch behandelt? Und wie? Tatsächlich lässt sie die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung vielfach im Stich.

Tabletten sind schnell verordnet und geschluckt. Therapien, die Patienten aktivieren, sind um einiges schwieriger. © Techniker Krankenkasse

## „Odyssee durch die Institutionen“

Viele Krankenkassen und ihre medizinischen Expertenprüfdienste wie MDK und MDS gehen noch immer vom Dogma des regulierbaren Energieausschusses aus. Damit verweisen sie therapeutische Maßnahmen in die Eigenverantwortung der Versicherten. Die Konsequenz: Eine stadiengerechte Adipositas-Behandlung findet in der GKV nicht statt.

Fakt ist: Fettsucht ist nicht notwendigerweise ein unabwendbares Schicksal, es gibt wirksame Behandlungen. Eine leitliniengerechte konservative Basistherapie umfasst sowohl Ernährungsberatung als auch Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Eine solche multimodale Therapie bietet beispielsweise Prof. Thomas Kurscheid in seiner privatärztlichen Praxisgemeinschaft in Köln an. Langzeitdaten von über 10.000 Patienten zeigen, dass die Betroffenen drei Jahre nach Abschluss des Programms noch immer durchschnittlich 7,5 Kilo leichter sind, berichtet er. „Man muss bedenken, dass sie ohne Programm in den drei Jahren eher 15 bis 20 Kilo schwerer als ihr Ausgangsgewicht geworden wären.“ Patienten, die in Kurscheids Praxis kommen, haben bereits viele Versuche übernommen, ihr Gewicht zu reduzieren. Meistens sind sie wiederholt gescheitert oder rückfällig geworden. „Diese Patienten sind verzweifelt und haben eine Odyssee durch die Institutionen und diverse Anbieter hinter sich“, hat der Spezialist beobachtet.

## Die Grenzen der konservativen Therapie

Der Mediziner behandelt seine Patienten privatärztlich: Das Programm Optifast 52 läuft über 52 Wochen und wird zwar mittlerweile von fast 100 Kassen erstattet – aber nur auf Kulanz. Damit bleibt das grundsätzliche Problem, dass multimodale Therapien nicht im Leistungskatalog verankert sind, bestehen. „Eine strukturierte Behandlung findet in der Regelversorgung derzeit nicht statt“, räumt auch Bernd Lemke von der AOK Plus ein. Die Kasse bietet ihren Versicherten ab einem BMI von 35 exklusive und strukturierte Versorgungsprogramme in ausgewählten Kliniken in Sachsen und Thüringen an.

Zu einem ungeschönten Blick auf das Adipositas-Problem gehört aber auch die Tatsache, dass die konservative Therapie irgendwann an Grenzen stößt. „Ab einem BMI von 40 oder 50 ist eine dauerhafte Gewichtsreduktion mit konservativer Therapie sehr unwahrscheinlich“, sagt Prof. Martina de Zwaan, Präsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft. Auf lange Sicht seien chirurgische Maßnahmen am erfolgreichsten. Das Problem: Die Kostenübernahme sei eine Einzelfallentscheidung und müsse oft von den Betroffenen eingeklagt werden, kritisiert die Expertin (Lesen Sie hierzu das Interview auf Seite 14 f.). Wenig verwunderlich ist es da, dass die OP-Zahlen hierzulande weitaus niedriger sind als in vielen anderen Ländern. „Wir sind absolutes Schlusslicht in Europa und weltweit“, sagt ein Chirurg, der anonym bleiben möchte, in einem Zeit-Interview. Er klagt an, dass hierzulande nur 0,2 Prozent aller Patienten operiert werden, bei denen die OP vom Gewicht her medizinisch sinnvoll wäre. Die Antragsverfahren würden von den Kassen systematisch in die Länge gezogen.

## Behandlung beginnt, wenn es schon zu spät ist

Was solche Hürden für die Betroffenen bedeuten, weiß Michael Wirtz aus eigener Erfahrung. Er selbst brachte vor seiner Operation 160 Kilo auf die Waage. Wirtz ist Vorstandsmitglied der AdipositasHilfe Deutschland und berät andere Betroffene. Er erinnert sich an den Fall einer Frau, die wegen ihres hohen Blutdrucks bereits Arbeitsverbot hatte. Dennoch hat der MDK die Operation nicht befürwortet, die Patientin konnte sich die Operation nicht leisten. „Die Klinik hat es dann auf die eigene Kappe genommen“, erzählt Wirtz.

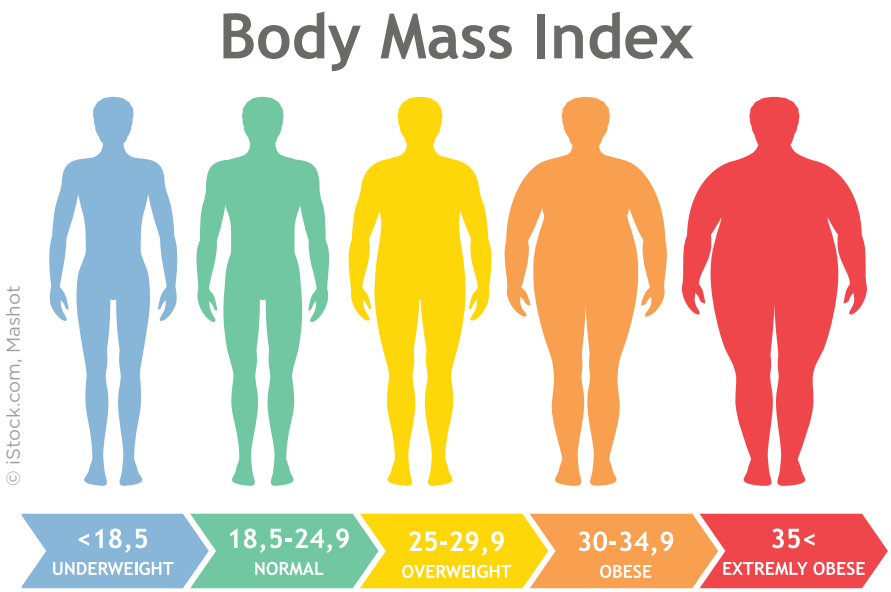
Im vergangenen Jahr hat er eine Petition für eine bedarfsgerechte Adipositasversorgung gestartet. Er moniert, dass die Adipositasbehandlung immer erst beginne, wenn es bereits zu spät ist. „Was uns ärgert, ist, dass Betroffene die konservative Behandlung vor einer Operation meist selbst zahlen müssen.“ Die teuren Folgeerkrankungen werden dagegen alle übernommen. „Dann zahlt die Kasse den chirurgischen Eingriff und danach kümmert sich wieder niemand um die Nachbehandlung“, berichtet der Selbsthilfevertreter.
Diese eklatante Unterversorgung hat die DAK bereits vor einigen Jahren in einem Versorgungsreport konstatiert. Kassenchef Andreas Storm räumte kürzlich auf einer Diskussionsveranstaltung ein: „Wir wissen eigentlich, was wir machen müssten, aber es ist nicht im Katalog der Regelleistungen der Kassen enthalten.“ Zu einem ähnlichen Urteil ist der Autor des „Weißbuch Adipositas“ gekommen, das vor einigen Jahren erschienen ist. „Wir sehen bei Adipositas Behandlungsdefizite entlang der gesamten Versorgungskette“, sagt Holger Bless. Das nennt man Systemversagen. Dieser Befund ist immer noch aktuell.

## Reparaturbetrieb läuft auf Hochtouren

Während die Grunderkrankung nach wie vor eher dem Lifestyle-Bereich zugeordnet wird, läuft der Reparaturbetrieb bei den Folgeerkrankungen auf Hochtouren. Das Weißbuch führt vor Augen, wie vor allem die Begleit- und Folgekrankheiten von Adipositas die Behandlungskosten in die Höhe schießen lassen: So gehen der Analyse zufolge zwei Drittel der direkten Behandlungskosten auf die Therapie einer hinzugekommenen Diabeteserkrankung, einer koronaren Herzkrankheit oder eines Bluthochdruck und 13 Prozent auf die Versorgung des Übergewichts zurück. Studien, die das Weißbuch unter die Lupe nimmt, nennen unter Berücksichtigung der Therapiekosten für Begleiterkrankungen und aller anderen verbundenen Ausgaben jährliche Gesamtkosten in Deutschland von bis zu 30 Milliarden Euro – viel Geld, das man sparen könnte, wenn es ganzheitliche und langfristige Therapieangebote gäbe.

## Schuld und Ignoranz

Der ganzen Misere liegt zugrunde, dass Adipositas hierzulande als chronische Erkrankung nicht anerkannt ist. Deshalb sind die Patienten vielfach auf den Good Will ihrer Kasse angewiesen. Dabei hat die WHO bereits 2000 – also vor 19 Jahren – festgestellt, dass Fettsucht eine chronische Erkrankung ist. Die Politik hat diese Feststellung bisher nicht berücksichtigt. Vielleicht, weil Adipositas immer noch stark als „Schuld“ des Patienten begriffen wird. Andere Faktoren, ob genetischer oder psychischer Natur, werden dabei ignoriert. Ignoriert wird auch, dass die Schuldfrage bei der Behandlung von Diabetes, Lungenkrebs oder eines Skiunfalls nicht gestellt wird.
Die Petition des Selbsthilfeaktivisten Michael Wirtz hat noch nicht viel bewegt. Nur knapp 7.000 Unterschriften sind zusammengekommen. Das seien nicht viele, wenn man bedenkt, dass fast jeder vierte Bundesbürger betroffen ist und allein 16 Millionen an Adipositas erkrankt sind, meint Wirtz. Selbststigmatisierung sei auch ein Grund für die geringe Resonanz. Er will trotzdem am Ball bleiben. „Ich habe den Eindruck, in der Politik kommt die Unterversorgung langsam an“, sagt er vorsichtig optimistisch. ●




$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{Körpergewicht (Bsp.: 58 kg)}}{\text{(Körpergröße in Meter)}^2 \text{ (Bsp.: 1,72 x 1,72)}} \begin{matrix} 58{,}00 \\ 2{,}96 \end{matrix} = 19{,}61$$

# GKV macht Adipöse zu Bittstellern

Prof. Martina de Zwaan über die Ignoranz eines Gesundheitsproblems

**• Berlin (pag) – Medizinisch und sozialrechtlich ist Adipositas eine Krankheit. Gesundheitspolitisch findet sie aber nicht statt, meint Prof. Martina de Zwaan. Die Präsidentin der Deutschen Adipositasgesellschaft meint: „Der Reparaturbetrieb Medizin verdient gut am Status quo“. Die gesetzliche Krankenversicherung macht Übergewichtige zu Bittstellern und treibt sie in Selbstzahler-Leistungen (IGeL).**

**Eine lebensstilbedingte Adipositas ist ein multifaktorielles Krankheitsbild. Welche Behandlung erfahren Menschen, die zum Hausarzt gehen? Wie ist der Weg durch das System?**

**de Zwaan:** Adipositas ist medizinisch und sozialrechtlich, aber nicht gesundheitspolitisch als Krankheit anerkannt. Es gibt keine GKV-Regelversorgung. Menschen mit Adipositas sind die ungeliebten Patienten in Hausarztpraxen – der Hausarzt kann nicht für sie tätig werden und nichts an ihnen verdienen: eine unendliche Quelle der Frustration für beide Seiten. Betroffene hören vom Hausarzt lediglich: „Sie müssen abnehmen.“ Dabei wird erwartet, dass sie sich quasi selbst therapieren.

**Sind Ärzte selbst mit ihrem Latein am Ende?**

**de Zwaan:** Hausärzte sind nicht dafür ausgebildet, Adipositas zu behandeln. Sie können die Diagnose stellen, eine Anamnese erheben und die Folgekrankheiten behandeln. Eine leitliniengerechte konservative Basistherapie umfasst Ernährungsberatung, Bewegungs- und Verhaltenstherapie und erfordert letztlich einen lebenslangen gesunden Lebensstil in einer übergewichtfördernden Umwelt. Hausärzte könnten bei entsprechender Indikation Patienten auch an adipositaschirurgische Zentren überweisen und die lebenslang notwendige Nachsorge übernehmen. Deren Finanzierung ist aber auch nicht geregelt. Die Kostenübernahme einer medizinisch indizierten adipositaschirurgischen Maßnahme ist eine Einzelfallentscheidung. Sie muss von Betroffenen oft eingeklagt werden; zudem werden selbst zu zahlende Vorleistungen erwartet. Insgesamt ist die Situation desolat.

**Wie können Betroffene sich Hilfe holen?**

**de Zwaan:** Es gibt Adipositasambulanzen, ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxen und qualitätsgesicherte Selbstzahlerprogramme. Über § 43 SGB V „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Leistungen zu bezuschussen – ohne Rechtsanspruch auf Kostenübernahme. Die adipositaschirurgischen Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Anlaufstelle für Betroffene. Im konservativen Bereich gibt es kaum Selbsthilfegruppen. Leider kommt es immer noch vor, dass Krankenkassen Betroffene mit Präventionskursen therapieren wollen.

© New Africa, Fotolia.com

© MHH – Medizinische Hochschule Hannover

## ZUR PERSON

Prof. Martina de Zwaan ist Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Für die nächsten drei Jahre ist sie Präsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft. Sie hat sich für ihre Amtszeit auf die Fahnen geschrieben, auf eine flächendeckende Versorgung von Menschen mit Adipositas hinzuwirken.

**Sie haben gerade eine Patientenleitlinie zur „S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas" herausgegeben. Darin wird ausdrücklich vor Abzocke wie Wundermittel etc. gewarnt. Sind fettleibige Menschen dafür besonders anfällig und warum?**

**de Zwaan:** Der Leidensdruck drängt Betroffene in den „grauen Markt", weil es keine medizinische Regelversorgung gibt.

**Hat ein adipöser Mensch mit einem BMI von 40 oder 50 überhaupt eine Chance, durch Lebensveränderung normalgewichtig zu werden und zu bleiben?**

**de Zwaan:** Ab BMI 40 oder 50 ist eine dauerhafte Gewichtsreduktion mit konservativer Therapie sehr unwahrscheinlich. Eine Wiedererlangung des Normalgewichts zu erwarten ist unrealistisch. Auch mit chirurgischen Maßnahmen können nur etwa zwei Drittel bis drei Viertel des Übergewichts reduziert werden. Auch wenn das Gewicht meistens wieder leicht ansteigt, sind auf lange Sicht chirurgische Maßnahmen am erfolgreichsten.

**Die Begleiterkrankungen von Adipositas werden besser behandelt als die Krankheit selbst. Wie erklären Sie sich das?**

**de Zwaan:** Der „Reparaturbetrieb Medizin" verdient gut am Status Quo. Es gibt gesundheitspolitische Fehlanreize, z.B. verdienen Krankenkassen über den Morbi-RSA an Krankheit – Gesundheit herzustellen oder präventiv erfolgreich zu sein, wird nicht belohnt. Bekannt ist beispielsweise auch das Phänomen der Überinsulinisierung; dabei besteht mit früher Lebensstilintervention bei Diabetes Typ 2 – letztlich: eine Adipositastherapie in Studien – eine gute Chance auf zeitweilige Remission. Heute sind rund ein Fünftel der Bevölkerung von Adipositas betroffen; man befürchtet, durch Einführung einer Regelversorgung für Adipositas eine Kostenlawine loszutreten.

**Dabei dürfte doch eher das Gegenteil der Fall sein, oder?**

**de Zwaan:** Ja, der DAK-Versorgungsreport Adipositas aus 2016 belegt eindrucksvoll, dass mit höheren Kosteneinsparungen bei durch Adipositas bedingten Erkrankungen zu rechnen ist. Betroffenen wird diskriminierend suggeriert, sie seien selber schuld an ihrer Erkrankung; Patienten internalisieren diese Diskriminierung aus Scham. Diese verhindert derzeit noch eine Politisierung, das Erreichen einer kritischen Masse, die sich laut genug politisch wehrt und eine Regelversorgung einfordert. Patienten mit Lipödem waren da gerade sehr erfolgreich. •

# Notstand in der Kinderintensivpflege

**• Frankfurt am Main (pag) – Der Zustand der Intensivpflege auf kinderkardiologischen und kinderherzchirurgischen Intensivstationen ist „dramatisch und höchst besorgniserregend“. Das Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF) appelliert an die Bundesregierung, die Versorgung intensivpflegebedürftiger Kinder schnellstmöglich zu normalisieren.**

Von mehreren Kinderherzzentren in Deutschland werde berichtet, dass im Schnitt 30 Prozent der Betten wegen Pflegekräftemangels gesperrt sind. Grund für den Pflegekräftemangel sei insbesondere die bereits vor Jahren erfolgte Reduzierung von Ausbildungsplätzen in der Kinderkrankenpflege, die sich aktuell im klinischen Alltag massiv auswirkt. „Angesichts zahlreicher nicht besetzbarer Planstellen bleibt den Kliniken oft nichts anders übrig, als Intensivbetten unbelegt zu lassen“, sagt ABAHF-Sprecher Kai Rüenbrink. Werden Notfälle aufgenommen, müssten oft lange geplante Operationen verschoben werden. Für das Kind und die Eltern, die sich vom Arbeitgeber eigens haben beurlauben lassen, sei das eine Katastrophe.

## Fundiertes Fachwissen wird benötigt

Jährlich kommt es in Deutschlands Kinderherzkliniken zu über 23.300 Aufnahmen für die Behandlung von angeborenen Herzfehlern. Gerade in der kinderkardiologischen und kinderherzchirurgischen Intensivpflege benötigten die Pflegekräfte ein fundiertes Fachwissen und viel Erfahrung, um den hohen Ansprüchen gerecht zu werden. „Wir Ärzte müssen uns auf ihr Wissen und Können verlassen können“, sagt Prof. Hans Heiner Kramer, emeritierter Direktor der Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Deswegen brauche man eine ausreichende Anzahl von Kinderkrankenpflegekräften, die eine Intensivweiterbildung durchlaufen haben.
Im April hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Richtlinie Kinderherzchirurgie zu ändern: Vorgegeben werden soll unter anderem ein erforderliches Verhältnis von mindestens einer Pflegekraft je zwei Patientinnen oder Patienten. Kinderkardiologe Kramer hält das für sinnvoll. „Denn ist ein Kind frisch operiert, braucht es auch nachts umfangreiche Betreuung. Selbst für die beste Pflegekraft wäre es nicht zu schaffen, nachts drei Kinder zu versorgen.“

## Task Force Notfall Kinderintensivpflege

Um den zahlreichen herzkranken Kindern und ihren Familien angesichts des Pflegenotstands eine Stimme zu verleihen, hat sich im Frühjahr 2018 die „Task Force Notfall Kinderintensivpflege“ gegründet. Ihr gehören auch Mitglieder des ABAHF an. Die Task Force forderte in einem Brandbrief an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn verbesserte Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Dem Aktionsbündnis gehören an: Bundesverband Herzkranke Kinder, Bundesvereinigung Jemah, Fontanherzen, Herzkind, Interessengemeinschaft Das Herzkranke Kind und die Kinderherzstiftung der Deutschen Herzstiftung. •

© iStock.com, simonkr

# „Prison Health is Public Health“

**• Berlin (pag) – Seltene Einigkeit: Sowohl die Drogenbeauftragte der Bundesregierung als auch Fachpolitiker räumen auf einem Parlamentarischen Abend von Sanofi freimütig ein, dass es im Gefängnis so gut wie keine Substitutionstherapie für Opioidabhängige gibt.**

Die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, treibt das Thema unterversorgte Drogenabhängige im Strafvollzug schon lange um. Die Richtlinie der Bundesärztekammer, wonach Opioidabhängige auch in dem besonderen Setting Gefängnis einen Anspruch auf Substitutionstherapie haben, wird in Deutschland nicht gelebt. Auf dem Parlamentarischen Abend kündigt Mortler an, dies zu einem Schwerpunkt im nächsten Sucht- und Drogenbericht zu machen. Es herrscht Übereinstimmung bei den Abgeordneten aus Bund und Land darüber, dass die Versorgung verbessert werden muss. Der Teufelskreis für drogenabhängige Menschen, die nicht selten aufgrund ihres Drogenkonsums im Gefängnis landen, kann durch Therapie unterbrochen werden. Mortler macht einige klare Ansagen: „Ich will, dass Kassenärztliche Vereinigungen das Substitutionsangebot sichern oder ausbauen. Der Rechtsrahmen ist viel weiter als die Umsetzung vieler deutscher Substitutionsärzte.“ Der Gefängnisarzt Dr. Marc Lehmann aus dem Berliner Justizvollzug spricht ein weiteres Problem an: das Entlassmanagement. Der Abhängige sollte die Krankenversicherungskarte direkt bei der Entlassung ausgehändigt bekommen, damit er einen Arzt aufsuchen kann. Als vorbildlich für eine opioidgestützte Behandlung im Gefängnis gilt Nordrhein-Westfalen. Suchtexperte Prof. Norbert Scherbaum vom Klinikum Essen erläutert die Implementierungsstrategie der Substitutionsbehandlung. Wichtigster Punkt: Das Justizministerium muss die Federführung übernehmen.

Erst kürzlich hat eine Initiative von 20 Organisationen, die sich für Verbesserungen in der Versorgung drogenabhängiger Inhaftierter einsetzt, einen Sechs-Punkte-Forderungskatalog erarbeitet mit der Überschrift: „Prison Health is Public Health“. •

**Weiterführender Link**

Sechs-Punkte-Forderungskatalog „Prison Health is Public Health“

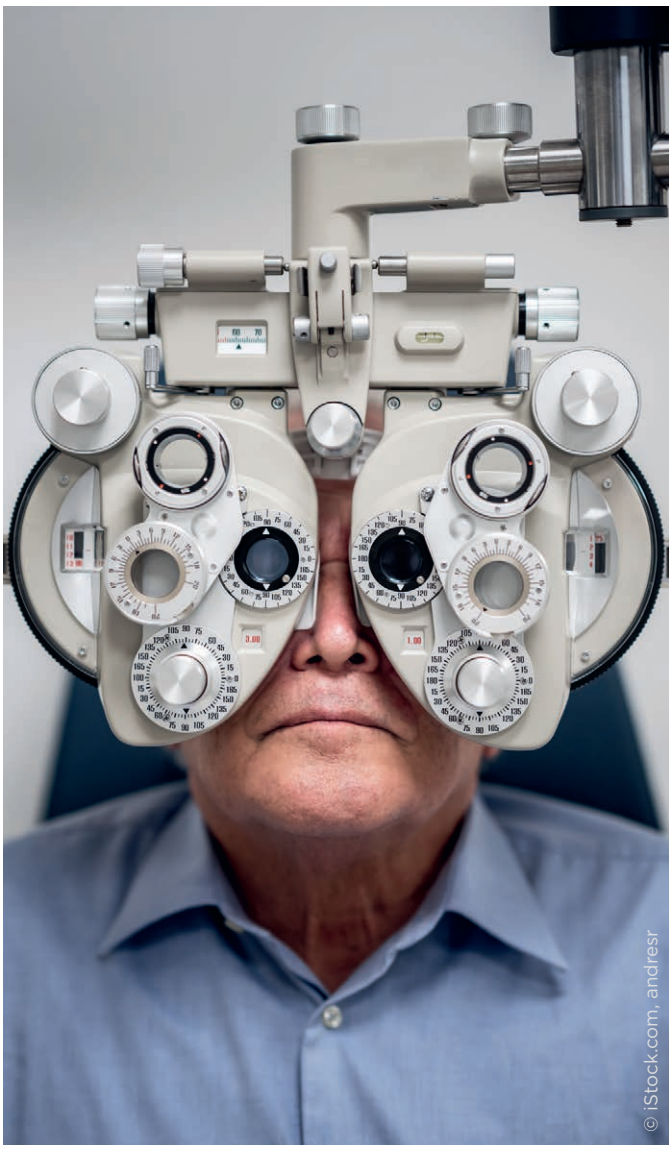
www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/6eckpunktepapier_haft_09042019.pdf

# Seniorenheimbewohner ohne augenärztliche Versorgung

**• Berlin (pag) – Die augenärztliche Versorgung von Seniorenheimbewohnern muss verbessert werden, fordert die Stiftung Auge. „Es fehlen die Strukturen, dass diese Medizin in die Seniorenheime kommt“, sagt deren Vorsitzender Prof. Frank G. Holz.**

In einem Maßnahmenkatalog wird unter anderem gefordert, den Transport von mobilen Patienten zum Augenarzt sicherzustellen. In der OVIS-Studie (Ophtalmologische Versorgung in Seniorenheimen) nennen rund 50 Prozent der Bewohner den Transport als größte Hürde für einen Besuch beim Arzt. „Das muss natürlich organisiert und finanziert sein“, betont Holz, Direktor der Universitätsaugenklinik Bonn. „Es kann nicht sein, dass jemand sehbehindert wird oder erblindet, weil der Transport fehlt.“

Zu den häufigsten im Rahmen der Studie festgestellten Augenerkrankungen zählen: altersbedingte Makuladegeneration (AMD), Grauer und Grüner Star. Bei rund der Hälfte der Studienteilnehmer liegt ein Grauer Star vor, bei knapp 40 Prozent werden Zeichen einer AMD festgestellt und bei rund 21 Prozent besteht der Verdacht oder die gesicherte Diagnose eines Grünen Stars. Nicht selten fehle die passende Brille.
Die moderne Augenheilkunde könne diese Erkrankungen fast immer aufhalten oder den Verlauf zumindest verzögern, meint Augenarzt Dr. Peter Heinz. „Voraussetzung ist aber eine frühzeitige Diagnose, bevor der Patient überhaupt eine Sehverschlechterung wahrnimmt.“ Laut der OVIS-Studie liegt bei den Heimbewohnern der letzte Besuch beim Augenarzt durchschnittlich vier Jahre zurück.
Wie die Experten erläutern, führt schlechtes Sehen zu einer steigenden Unselbstständigkeit und sozialer Isolation. Das Risiko für Depressionen und Stürze ist erhöht. „Wir müssen die Defizite in der Versorgung anpacken“, appelliert Holz. Als Blaupause könne die zahnmedizinische Versorgung in Heimen dienen. Diese funktioniere aufgrund klarer Anreize gut, heißt es vor Journalisten. •




## Zur OVIS-Studie

Ärzte befragten und untersuchten rund 600 Bewohner in 32 Heimen. Sie analysierten Lebenssituation, Augenarztbesuche und allgemeinen Gesundheitszustand. So hielten sie die Krankheitsgeschichte und die erhobenen Augenuntersuchungen fest.

# Akademien fordern zeitgemäßes Gesetz für die Fortpflanzungsmedizin

**• Berlin (pag) – Das Embryonenschutzgesetz von 1990 regelt den Umgang mit der Fortpflanzungsmedizin. Es zwinge die Behandelnden nicht selten zu einer dem heutigen internationalen medizinischen Stand nicht mehr angemessenen Behandlung und führe zu unnötigen Risiken für Mutter und Kind. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Union der deutschen Akademien der Wissenschaften verlangen daher ein zeitgemäßes Gesetz.**

In einer Stellungnahme konstatieren die beiden Akademien, dass das Embryonenschutzgesetz dem gesellschaftlichen Wandel und der Vielfalt heutiger Familienformen nicht mehr gerecht werde.

## Wo Reformbedarf besteht:

- **Elective Single-Embryo-Transfer:** Aus einer größeren Zahl von Embryonen wird nur der mit der größten Entwicklungsfähigkeit ausgewählt und der Frau übertragen. Dieses Verfahren, das risikobehaftete und gesundheitsgefährdende Mehrlingsschwangerschaften vermeidet, ist hierzulande untersagt.

- **Eizellspende:** Die Samenspende ist erlaubt, die Eizellspende verboten. Die Folge: Infertile Männer können mithilfe einer Keimzellspende eine Familie gründen, Frauen, die etwa wegen einer Krebserkrankung keine eigenen Eizellen mehr bilden können, ist es verwehrt. „Diese Ungleichbehandlung lässt sich schwerlich rechtfertigen."

- **Embryospende:** In Ausnahmefällen ist die Embryospende erlaubt. Was fehlt: eine klare gesetzliche Regelung für die Spende und den Empfang gespendeter Embryonen. Das gelte auch für die familienrechtlichen Implikationen.

- **Leihmutterschaft:** Hier besteht Regelungsbedarf für die im Ausland von einer Leihmutter geborenen, jedoch in Deutschland aufwachsenden Kinder.

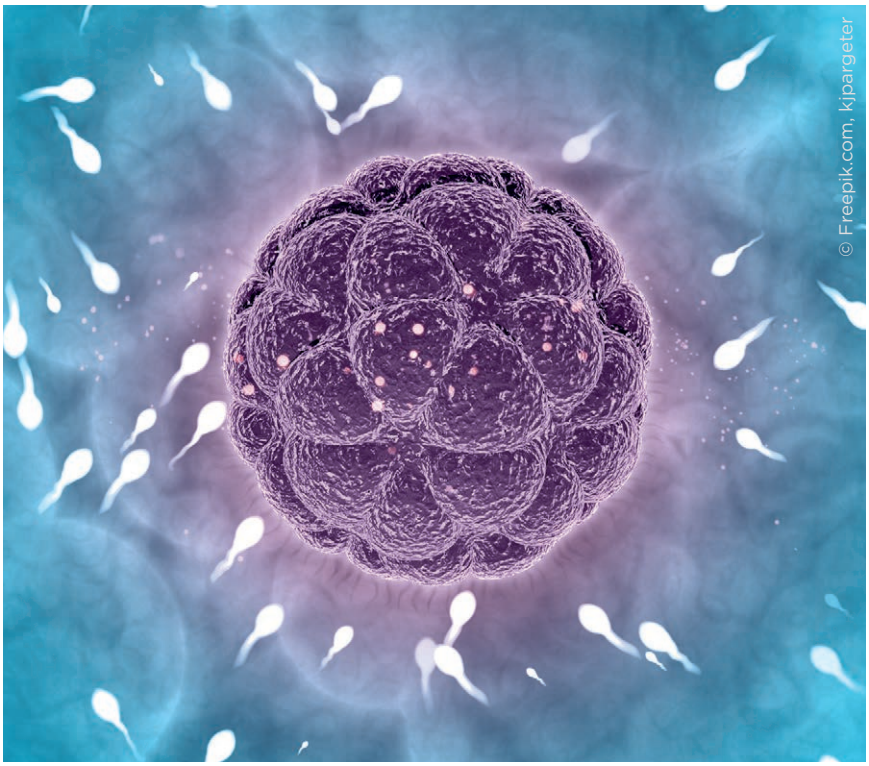
- **Kryokonservierung von Eizellen:** Im Interesse der Frau, des Paares und des zukünftigen Kindes sollten die Rahmenbedingungen für die Aufbewahrung, Befruchtung und Übertragung festgelegt werden.

- **Erstattung von Kosten für fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen:** Medizinisch und gesellschaftlich kaum zu rechtfertigen ist die Beschränkung der Finanzierung bei gesetzlich Versicherten auf Ehepaare sowie auf enge Altersgrenzen. „Die nur teilweise Erstattung der erheblichen Kosten der Behandlungen schafft zudem soziale Ungerechtigkeiten." •

**Weiterführender Link**

Stellungnahme: „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung"

www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web.pdf



# Psychiatrie ist (noch) das Sorgenkind im AMNOG-Prozess

**• Köln/Würzburg (pag) – Mit mehr guten Psychiatrie-Studien rechnet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Bisher schneiden neue Mittel gegen psychiatrische und neurologische Erkrankungen beim AMNOG-Verfahren eher schlecht ab, die Hintergründe erläutert das Institut in seinem Jahresbericht 2018.**

288 Dossierbewertungen haben die Kölner Wissenschaftler im Rahmen des AMNOG-Verfahrens seit 2011 erstellt (Stand 31. Dezember 2018). Auffällig ist: Bei Arzneimitteln gegen Krebs ist der Anteil mit mindestens einem Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen seit Jahren am höchsten, bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ist der Anteil hingegen „besonders niedrig“, schreibt Thomas Kaiser, Leiter des Ressorts Arzneimittel. In vielen Fällen habe das IQWiG die von Herstellern eingereichten Studien nicht verwenden können, weil sie den gesetzlich vorgegebenen Ansprüchen nicht genügten, z.B. entsprach die Vergleichstherapie nicht der derzeitigen Versorgung.
Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hat deshalb im vergangenen Jahr einen Runden Tisch und ein Symposium veranstaltet, das Thema lautete: Wie sollen die Studien in der Psychiatrie in Zukunft aussehen? Das IQWiG hält die Sensibilisierung der Beteiligten für einen wichtigen Schritt. In diesem Zusammenhang verweist Kaiser darauf, dass das Institut im vergangenen Jahr erstmals einen Zusatznutzen für ein psychiatrisches Krankheitsbild ableiten konnte. Die Rede ist von Cariprazin, das seit 2017 für Erwachsene mit Schizophrenie zugelassen ist. Der Ressortleiter hebt hervor, dass die Nutzenbewertung auf einer randomisierten, doppelblinden, in Europa durchgeführten multizentrischen Parallelgruppenstudie zum Vergleich von Cariprazin mit Risperidon beruhte.

Erst zu Jahresbeginn hat die Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Neuro-Psychopharmako-Therapie (GESENT) das AMNOG als Hindernis für die Versorgung bestimmter Patientengruppen mit innovativen Medikamenten bezeichnet. Ein Kritikpunkt: Die AMNOG-Kriterien seien für den Zusatznutzennachweis bei neuropsychiatrischen Arzneimitteln nicht anwendbar. „Faktoren wie Langfristigkeit und Komplexität des Krankheitsverlaufs, die bei der Beurteilung therapeutischer Effekte in Neurologie und Psychiatrie von Bedeutung sind, haben im starren AMNOG-System keinen Platz.“ GESENT wurde 2005 von Vertretern der Wissenschaft, des Gesundheitswesens und der Industrie gegründet. •

# Versorgungsengpässe – ein zunehmendes Thema

**• Berlin (pag) – Ist die Arzneimittelversorgung noch sicher? Dieser Frage widmet sich ein Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen. Experten warnen dort vor zunehmenden Versorgungsengpässen. Auch angemessene Preise spielen eine Rolle.**

Prof. Frank Dörje, Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker, stellt fest: Versorgungsengpässe seien „kein abnehmendes, sondern ein zunehmendes Thema". Auch Dr. Michael Horn, Abteilungsleiter beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), meint, dass Lieferengpässe zunehmend zu Versorgungsproblemen führen.
Das Problem ist multikausal, genannt werden unter anderem folgende Schlagwörter: Globalisierung, Konzentration von Produktionsstätten, GMP-Mängel, steigender Bedarf. Dörje, der die Apotheke des Universitätsklinikums Erlangen leitet, geht auf globale Preisdifferenzen ein, als Beispiel nennt er polyvalente Immunglobuline. Diese seien auf dem Weltmarkt ein knappes Gut – „und es ist eben so, dass Europa schlechte Preise zahlt". Die Folge: Die Pharmafirmen allozierten die Mengen dort, wo der Markt besser ist. Der US-Markt und der chinesische Markt nehmen mehr auf als Europa, berichtet Dörje. „Wir haben einen Weltmarkt, den wir alle gemeinsam machen", betont er und appelliert: „Wenn wir mit Kampfpreisen arbeiten, müssen wir über Risiken und Nebenwirkungen sprechen."

## Die Situation in den Kliniken

Die Nebenwirkungen dieser Entwicklung bekommen Krankenhäuser zu spüren, sie haben bei Engpässen mit Arzneimittelumstellungen zu kämpfen. Damit verbunden ist ein, so Dörje, hoher und aufwendiger Informationsbedarf. Lieferengpässe wirkten sich unmittelbar auf die Arzneimitteltherapiesicherheit aus. „Jede Umstellung, die nicht gewünscht ist, ist eine zu viel."
Zur Einordnung: Im Klinikum rechts der Isar sind vergangenes Jahr (Stichtag 4. Oktober) 133 Lieferengpässe aufgetreten – mehr als drei pro Woche. Von Engpässen betroffen sind Dörje zufolge insbesondere Injektionen (44,4 Prozent) und Infusionen (27,8 Prozent). Diese werden hauptsächlich bei hochkritisch Kranken eingesetzt, erläutert der Krankenhausapotheker. Er fordert eine Lagerhaltungsverpflichtung für Pharmaunternehmen sowie eine Meldepflicht für das BfArM-Register.
Das Bundesinstitut leitet einen Jour Fixe, der die Versorgungssituation bewertet. Bei einer Sondersitzung haben die Teilnehmer kürzlich Kriterien zur nachhaltigen Verbesserung der Lieferfähigkeit versorgungsrelevanter Basistherapeutika in Krankenhäusern erarbeitet. Es geht um die Schaffung robuster Lieferketten und angemessene Preise. „Wir müssen den Trend der Monopolisierung und Oligopolisierung durch vertragliche Maßnahmen zurückdrängen", appelliert Horn. Mit dem eigenen Handeln sei dafür Sorge zu tragen, „dass wir eine stabile Versorgung haben und nicht von einzelnen wenigen Produktionsstätten abhängig sind". •

**Weiterführender Link**

Protokoll zur Sondersitzung des Jour Fixe

www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/Protokolle/Protokoll_180307.pdf?__blob=publicationFile&v=3

© Phagro

# Spahn versus Selbstverwaltung

**• Berlin (pag) – Der Bundesgesundheitsminister will die Methodenbewertung reformieren, neue Behandlungsverfahren sollen schneller in die Regelversorgung. Die Selbstverwaltung sieht die evidenzbasierte Medizin gefährdet. Doch bei dem Streit geht es um mehr.**

Künftig reiche ein „behaupteter medizinischer Bedarf aus, damit eine neue Leistung von der GKV im ambulanten Bereich bezahlt werden muss. Das Versprechen auf Heilung soll Studienerkenntnisse zu Nutzen und Risiken ersetzen“, kritisiert Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, die Pläne von Jens Spahn. Das geplante Implantateregister-Errichtungsgesetz sieht im Kontext der Methodenbewertung weitgehende Befugnisse für das Bundesgesundheitsministerium vor. Vertreter der Selbstverwaltung befürchten, dass das Ministerium neben der Rechts- auch die Fachaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss bekommt.
Bereits einige Wochen zuvor hat der GKV-Verwaltungsratsvorsitzende Uwe Klemens den „Generalangriff“ des Ministers auf die Selbstverwaltung kritisiert. Auf dem Presseseminar des GKV-Spitzenverbandes nennt er einige Beispiele: Das MDK-Reformgesetz sieht vor, die Selbstverwaltung aus den Gremien des Medizinischen Dienstes zu verdrängen. Dem Faire-Kassenwahl-Gesetz zufolge soll die Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes abgeschafft werden. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die Gesellschafterstruktur der gematik neugeordnet und damit in die Personalhoheit der Selbstverwaltung eingegriffen. Der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende Dr. Volker Hansen betont, dass die soziale Selbstverwaltung Garant für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung sei.

## „Zu wenig Junge, zu wenig Frauen“

Dagegen räumt Franz Knieps ein, dass manches an den konkreten Arbeitsformen der Selbstverwaltung zu kritisieren sei: „Zu viele Multifunktionäre, zu wenig Junge, zu wenig Frauen, erstarrte Rituale, zu langsame Entscheidungsprozesse, zu viel Selbstbezogenheit.“
Der Vorstand des BKK-Dachverbandes sieht vor allem diejenigen gefordert, die Selbstverwalter in die Gremien entsenden – „also Gewerkschaften, Unternehmen, Arbeitgeberverbände, Ärzteverbände“, schreibt er in einer Zeitungskolumne. Gesetzgeber und Exekutive fragt er, ob sie die Selbstverwaltung nicht einerseits mit Aufgaben überfrachteten und sie andererseits mit kleinlichen Ausführungsbestimmungen und überbordender Aufsicht lähmten. „Kritisch wird es vor allem dann, wenn der Staat der Selbstverwaltung die Lösung komplexer Verteilungskonflikte überantwortet, die er selbst nicht lösen will und kann.“ •

Das Versprechen auf Heilung soll Studienerkenntnisse zu Nutzen und Risiken ersetzen“, kritisiert Doris Pfeiffer. © pag, Fiolka

Jens Spahn will die Methodenbewertung reformieren. Neue Behandlungsverfahren sollen schneller in der Regelversorgung ankommen. © pag

# 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

## Herausgeber und Redaktion

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

## Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

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

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

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin