Gesundheitspolitische Themen zur Bundestagswahl 2025

Zusammenfassung

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten innovationsfeindlichen Rahmenbedingungen müssen abgeschafft werden:

- Der Kombinationsrabatt ist kompliziert und schafft eine Doppelregulierung, da der kombinierte Einsatz von Arzneimitteln bei den Preisverhandlungen bereits berücksichtigt wird. Aus diesem Grund muss die Regelung zurückgenommen werden.
- Die AMNOG -Leitplanken hemmen Innovation. Wir müssen zur nutzenbasierten Preisfindung für innovative Arzneimittel zurückkehren. Die zentrale Logik des AMNOG, die ein mehrwertstiftendes Arzneimittel von einem nicht mehrwertstiftenden Arzneimittel unterscheidet, muss erhalten bleiben.
- Das AMNOG muss für die Anforderungen von neuen Therapiesituationen, wie Einmalgabe, tumoragnostische Studien weiterentwickelt werden. Mehr Flexibilität und die Akzeptanz der bestverfügbaren Evidenz sind wichtige Grundlagen dafür.

Deutschland muss bei klinischen Studien wieder „Frontrunner“ werden:

- Die im Rahmen des MFG beschlossene Verordnungslösung für die Mustervertragsklauseln sowie die Ergänzung der Leitplanken-Regelung zu den 5% Studienpopulation in DE gilt es schnell und unbürokratisch umzusetzen. Die Verordnungslösung ist ein wichtiger und richtiger Schritt, eine verbindliche Einführung von Mustervertragsklauseln könnte das Verfahren von klinischen Studien noch weiter beschleunigen.
- Zeitnah ist eine Klärung der mit dem Medizinforschungsgesetz unbestimmten Rechtsbegriffe notwendig (Definition Forschungsabteilung, Probanden, Studien). Bei den Studien sollten auch Studien für kleinere Indikationen bzw. Single Arm Studien einbezogen werden.
- Wenn, die Maßnahmen des MFG greifen und alle Unternehmen ihre Studienpopulation steigern, muss Deutschland seine Forschungs-Infrastruktur verbessern und z.B. die Kapazitäten und die personelle Ausstattung für klinische Studien erhöhen.

Strukturelle Reformen für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems sind notwendig:

- Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat die Politik Regelungen ergriffen, die einseitig eine kurzfristige Stabilisierung der GKV zum Ziel hatten, aber auch Herausforderungen für die Versorgung mit sich brachten.
- Gesundheitsausgaben sind nicht nur ein Kostenfaktor, sondern sollten als Investition in die individuelle Gesundheit, die Abfederung des demografischen Wandels sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Arbeitskraft begriffen werden.
- Für eine langfristige und stabile Finanzierung des Gesundheitssystems braucht es dringend eine offene Diskussion über strukturelle Reformen.

Politisches Engagement zur Reduzierung der Todesursachen durch Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen in Deutschland erforderlich:

- Durch gezielte politische Maßnahmen Richtung Prävention und Früherkennung sowie qualitätsgesicherter Versorgung können nicht nur die dramatischen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen gemindert, sondern auch das Leben und die Lebensqualität von Millionen Betroffenen erheblich verbessert werden.
- Es ist von entscheidender Bedeutung, sich politisch weiterhin für die beiden häufigsten Todesursachen in Deutschland, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Lungenerkrankungen einzusetzen, da diese Erkrankungen Millionen Menschen in Deutschland betreffen.

Gesetzliche Angebote zur Prävention und Früherkennung weiter ausbauen und verstetigen:

- Aktuell beschränkt sich der Anspruch der Versicherten in der GKV auf die Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall und mit Impfstoffen bei Schutzimpfungen nach §20i SGB V. Mit den Regelungen zur Erstattung der HIV- und Covid-Prophylaxe ist 2019 bzw. 2022 erstmals ein gesetzlicher Anspruch auf primärpräventive medikamentöse Behandlung entstanden. Auch in anderen Indikationen stehen zunehmend innovative Medikamente zur Prävention von Ansteckungskrankheiten für Personen ohne ausreichende Impfreaktion zur Verfügung. Der Zugang zu diesen Medikamenten muss zukünftig regelhaft ermöglicht werden, ohne für jedes einzelne eine neue, eigene Regelung schaffen zu müssen.

- Die Teilnahme an bestehenden Angeboten zu Früherkennung und Prävention mit einem Fokus auf den großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen und Atemwegserkrankungen muss gestärkt werden.

- Bestehende Programme wie "Check-up-35" sollen ausgeweitet und regelmäßig weiterentwickelt werden. Grundlage hierfür soll die aktuelle Evidenz sein. Ein Beispiel ist die Ergänzung von Risikofaktoren (z.B. CKD und Hypertonie) von Herz-Kreislauferkrankungen, die eine der häufigsten Todesursachen darstellen. Durch Früherkennung und regelmäßiges Monitoring sind diese frühzeitig zu erkennen und schwerwiegende Folgen durch ein schnelles Handeln zu minimieren.

- Effizienzen nutzen: Lungenerkrankungen, einschließlich Lungenkrebs, stellen eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit dar. Die schnelle Implementierung eines Lungenkrebs-Screenings trägt dazu bei, Lungenkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen und die Überlebenschancen der Betroffenen signifikant zu verbessern. Durch eine sukzessive Ausweitung des Programms z.B. Mitberücksichtigung von COPD kann der Nutzen des Screenings verbessert werden.

Stärkung der qualitätsgesicherten Versorgung in Deutschland:

- Medizinische Leitlinien sollen die Grundlage der qualitätsgesicherten Patient:innenversorgung darstellen. Um diese zu optimieren, bedarf es einer rascheren Anpassung an aktuelle medizinische Evidenz. Es muss sichergestellt werden, dass Leitlinien regelhaft im Behandlungsalltag herangezogen werden.

- Über 20 Mio. Menschen in Deutschland leben mit einer chronischen Erkrankung wie z.B. Typ-2-Diabetes, CKD, Asthma oder COPD. Jedoch erhalten auch diagnostizierte Patient:innen oftmals keine strukturierte, medizinische Langzeitbetreuung. Die Überleitung nach Vorsorgeuntersuchungen, wie dem Check-Up 35, in die strukturierte Weiterbehandlung muss verbessert werden. Krankenkassen und die behandelnden Ärzt:innen sollten dazu verpflichtet werden, Patient:innen, bei denen eine chronische Erkrankung oder das Risiko für die Manifestation einer chronischen Erkrankung besteht, in Angebot zur strukturierten Weiterbehandlung in Disease Management Programmen (DMP's) zu unterbreiten. Diese sollten regelhaft an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden und sich konsistent an den medizinischen Leitlinien wie Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitline (NVL) orientieren. Auch die Notwendigkeit der Implementierung neuer DMP muss regelhaft überprüft werden.

- Es bedarf weiterer politischer Initiativen, die die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzt:innen stärken, um eine nahtlose und effektive Versorgung der Patient:innen sicherzustellen. Bestehende Programme (z.B. die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung), sollten kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt werden, um den Patient:innen an der Schnittstelle adäquat zu versorgen. Zudem sollte auch in der Regelversorgung der enge Austausch zwischen ambulant und stationär gefördert werden.

Bessere Rahmenbedingungen für die Behandlung von Seltenen Erkrankungen schaffen:

- Bestehende Initiativen und Projekte zur besseren Erkennung und Behandlung von seltenen Erkrankungen müssen konsequent entwickelt und gefördert sowie weitere Versorgungslücken geschlossen werden.

- Niedergelassenen Ärzt:innen muss eine (technische) Hilfestellung für die verschiedensten (seltenen) Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden, um die Symptome schnell und unkompliziert richtig einordnen zu können.

- Spezialisierte Strukturen müssen weiterhin gefördert und ausgebaut werden. Dabei sollte u.a. eine Zusammenarbeit zwischen der Basisversorgung vor Ort und dem nächstgelegenen spezialisierten Zentrum ein Ziel der Bemühungen sein.

Hintergrundinformation

I GKV-Finanzstabilisierungsgesetz/ AMNOG

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten Leitplanken sowie der Kombinationsrabatt untergraben das bisherige Grundprinzip des AMNOG, welches bis jetzt darauf basiert, ein mehrwertstiftendes Arzneimittel von einem nicht mehrwehrstiftenden Arzneimittel zu unterscheiden. Dadurch entsteht die Gefahr, dass innovative Therapien nicht mehr bei den PatientInnen In Deutschland ankommen. Laut vfa sind als Folge der Leitplanken im letzten Jahr sechs Arzneimittel nicht auf den Markt gekommen, der Verband befürchtet, dass es in Zukunft bis zu 30 weitere werden könnten. Grund ist, dass wegen der mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten Leitplanken keine Flexibilität in der Preisbildung mehr möglich ist. Das führt dazu, dass gerade sehr innovative Therapieansätze (die oft mit kleinen Studienpopulationen, ohne Vergleichstherapie, Single Arm etc. einhergehen) nicht adäquat bepreist werden können.

Daher war es ein wichtiger erster Schritt, dass bei der Erfüllung bestimmter Kriterien die AMNOG-Leitplanken außer Kraft gesetzt werden können. Hier muss jedoch zeitnah auf eine Erweiterung des Geltungsbereichs auf Indikationserweiterungen und den Bestandsmarkt hingewirkt werden. Perspektivisch dürfen wir hier jedoch nicht stehen bleiben, wir brauchen eine strukturelle Weiterentwicklung des AMNOG, welche hochinnovative Arzneimittel berücksichtigen kann sowie eine langfristige Planungssicherheit- anstatt einer scheibchenweisen Regulierung - zur nachhaltigen Stärkung des Forschungsstandorts Deutschland.

Botschaften:

Rücknahme des Kombinationsrabatts:

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat einen Kombinationsrabatt eingeführt, der einen automatischen 20%igen Abschlag auf Kombinationstherapien vorsieht. Damit sind Arzneimittel gemeint, die für einzelne Indikationen ihre volle Wirksamkeit in der Verbindung mit einem weiteren oder mehreren Wirkstoffen entfalten. Der kombinierte Einsatz von Arzneimitteln wird bei den Preisverhandlungen im AMNOG bereits angemessen berücksichtigt. Damit wurde wieder eine Doppelregulierung geschaffen. Selbst wenn es sich um neue Arzneimittel unterschiedlicher Hersteller handelt, ist die kombinierte Gabe Gegenstand der jeweiligen Erstattungsbetragsverhandlungen und führt regelmäßig zu einem geringeren Erstattungsbetrag. Es bestand keine Regelungslücke.

BEISPIEL

- Substanz X in Kombination mit Pembrolizumab zeigt einen beträchtlichen Vorteil beim Gesamtüberleben (OS) gegenüber Pembrolizumab. In der Gesamtschau wird jedoch ein geringer Zusatznutzen erwartet, da aufgrund der zusätzlichen Behandlung und damit zusätzlichen Nebenwirkungen eine Herabstufung des OS-Vorteils zu erwarten ist.
- Aufgrund des geringen Zusatznutzens darf gemäß Leitplanken der Preis von X+Pembro den Preis der Vergleichtstherapie (günstigstes Immunonkologikum) nicht überschritten werden
- Gemäß der Logik des GKV-Spitzenverbandes verbleibt also für die Substanz X ein Betrag von 0 € als Indikationspreis.

Zusätzlich fällt für die Substanz X der Kombinationsrabatt an:

- ➔ *Trotz des beträchtlichen OS-Vorteils kann die neue Indikation der Substanz X nicht angemessen bepreist werden*
- ➔ *Der Kombinationsrabatt führt in diesem Fall zu einem Verlustgeschäft für den Hersteller*

Stärkung des AMNOG-Prinzips

Wir müssen zur nutzenbasierten Preisfindung für innovative Arzneimittel zurückkehren, d.h. konkret: Ein Preis über der bisherigen Standardtherapie ist gerechtfertigt, wenn die neue Behandlungsmethode eine Verbesserung darstellt. Die zentrale Logik des AMNOG, die ein mehrwertstiftendes Arzneimittel von einem nicht mehrwertstiftenden Arzneimittel unterscheidet, muss erhalten bleiben. Daher gilt es, die AMNOG-Leitplanken zurückzunehmen.

Anerkennung von neuen Therapiesituationen

Besonderheiten von Therapiesituationen sollten besser berücksichtigt werden, um spezifische Studiendesigns und -ergebnisse anerkennen zu können. Personalisierte Gen- und Zelltherapien und die mRNA-Technologie läuten eine neue Ära der Präzisionsmedizin ein. Reformen sind notwendig, damit Patient:innen in Deutschland auch bei besonderen Therapiesituationen schnell und umfassend von diesen Innovationen profitieren können. Im Sinne der Patient:innen sollte gemeinsam definiert werden, wie die verfügbare Evidenz im Rahmen der Nutzenbewertung bestmöglich genutzt werden kann. Mit Blick auf die Akzeptanz von Endpunkten entsprechen die Regelungen von 2011 nicht mehr den aktuellen Herausforderungen. Die Indikation, das Behandlungsziel sowie die Durchführbarkeit der Erhebung von patient:innenrelevanten Endpunkten innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sollten evaluiert und neue Endpunkte – wie z.B. in der Form von Surrogatendpunkten - anerkannt werden. Zudem müssen wir uns auch mit der Frage auseinandersetzen, wie Arzneimittel fair bepreist werden können, deren Gabe natürlich mehr Nebenwirkungen aufweisen, aber dafür das Überleben verlängern. Hierbei ist nicht zwingend die Aufteilung des AMNOG in zwei Säulen notwendig, mehr Flexibilität ist zielführender als mehr Regeln.

II Klinische Studien

War Deutschland im Jahr 2016 mit 641 von Pharmafirmen veranlassten klinischen Studien noch weltweite Nummer 2 nach den USA, stand es 2022 mit 524 Studien heute hinter den USA, China und Spanien[1]. Eine entscheidende Rolle spielt der Faktor „Zeit“ bei der Initiierung und Durchführung klinischer Prüfungen. Langwierige Vertragsverhandlungen verzögern den Start der Prüfungen erheblich. Laut einer Umfrage des vfa unter seinen Mitgliedern vom Juni 2021 dauern Vertragsabschlüsse in Deutschland bis zu 300 Tage, während in Frankreich nur 24 bis 76 Tage benötigt werden. Auch Großbritannien (78 bis 134 Tage), Italien (91 bis 173 Tage) und Spanien (61 bis 111 Tage) sind deutlich schneller. Damit sind die langen Dauern der Vertragsverhandlungen in Deutschland ein Standortnachteil.[2]

Essenziell ist der politische Wille und damit einhergehend das Einstellen von entsprechendem Fachpersonal, dass sich ausschließlich um die Durchführung und Betreuung der Studien kümmert. In anderen Ländern beispielsweise gibt es eine extra Infrastruktur in Form von eigenen Bereichen und Gebäuden mit entsprechender Ausstattung. In Deutschland wiederum ist die Durchführung und Betreuung fast immer eine Zusatzaufgabe im alltäglichen Klinikbetrieb. Bedeutet: Themen wie Dokumentation, aber auch das Finden von Patient:innen kommen für Ärztinnen und Ärzte sowie Personal immer on top zu ihren auch sonst voll ausgelasteten Arbeitstagen. Klinische Studien laufen in Deutschland oft nur nebenher statt unter vollem Fokus. Um hier mit anderen Ländern mithalten zu können, brauchen wir dringend eine Ausweitung der Kapazitäten und eine verbesserte Infrastruktur in Deutschland. Zudem sind Investitionen in die Ausbildung von Ärzten und Study Nurses sowie eigene Klinik-Abteilungen für die Durchführung von Studien notwendig.

Botschaften:

- Die im Rahmen des MFG beschlossene Verordnungslösung für die Mustervertragsklauseln war ein erster wichtiger Schritt. Eine schnelle Umsetzung dieser ist zentral. Hier muss anschließend beobachtet werden, ob durch die jetzt gefundene Lösung ein Großteil der Studien über die Nutzung der Mustervertragsklauseln initiiert werden kann.

- Zeitnah ist eine Klärung der unbestimmten Rechtsbegriffe notwendig (Definition Forschungsabteilung, Probanden, Studien). Bei den Studien sollten auch Studien für kleinere Indikationen bzw. Single Arm Studien einbezogen werden.

- Wenn alle Unternehmen ihre Studienpopulation steigern, muss Deutschland seine Infrastruktur verbessern und die Kapazitäten und die personelle Ausstattung für klinische Studien erhöhen.

---

[1] Clinicaltrials.gov, Stand 2023

[2] Musterverträge Klinische Prüfungen 2.0 – Implementierung gemeinsam voranbringen (Symposium, Frankfurt a.M., 27 Feb 2024)

III Finanzierung des Gesundheitssystems

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland in der jüngeren Vergangenheit Überschüsse erzielten und die Leistungsausgaben durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen erhöht wurden, geht der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nun von zunehmenden Defiziten der Krankenkassen für die kommenden Jahre aus. Angesichts weitreichender Zukunftsherausforderungen wird für das Gesundheitssystem – sofern nicht politisch gegengesteuert wird – bis zum Jahr 2040 eine Finanzlücke von knapp 50 Mrd. für realistisch gehalten. Gesundheitsausgaben stellen aber nicht nur einen Kostenfaktor dar, sondern sollten auch als Investition in die individuelle Gesundheit, die Abfederung des demografischen Wandels sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Arbeitskraft begriffen werden. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurden Regelungen ergriffen, die insbesondere die Stabilisierung der GKV für das Jahr 2023 zum Ziel hatten. Die ebenfalls adressierten Veränderungen der Arzneimittelregulierung und die heute in der Diskussion stehenden Strukturreformen zeigen, dass die Flankierung der „Generalüberholung des Gesundheitssystems" nur mit direkt wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen erreicht werden kann, wenn man den Zugang zu Innovationen und medizinischem Fortschritt dauerhaft sichern will.

Botschaften

- Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat die Politik Regelungen ergriffen, die einseitig eine kurzfristige Stabilisierung der GKV zum Ziel hatten, aber auch Herausforderungen für die Versorgung mit sich brachten.
- Gesundheitsausgaben sind nicht nur ein Kostenfaktor, sondern sollten als Investition in die individuelle Gesundheit, die Abfederung des demografischen Wandels sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Arbeitskraft begriffen werden.
- Für eine langfristige und stabile Finanzierung des Gesundheitssystems braucht es dringend eine offene Diskussion über strukturelle Reformen.

IV Reduzierung der Todesursachen durch Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen

Lungenerkrankungen

Das Spektrum der chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen ist groß: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Asthma bronchiale oder die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ebenso dazu, wie insgesamt 64 weitere Indikationen. Diese zählen mittlerweile zu den dritthäufigsten Todesursachen in Deutschland. Die Zahl der Betroffenen steigt und somit die Kosten für das deutsche Gesundheitssystem. Bestehen Beschwerden über einen längeren Zeitraum, ohne dass eine Besserung eintritt, werden Lungen- und Atemwegserkrankungen als chronisch bezeichnet. Infolge ihrer hohen direkten und indirekten Kosten sowie einer hohen Morbidität nehmen diese eine besonders tragische Rolle ein:

Mehr als 10 Millionen Deutsche leiden heute an einer chronischen Lungen- oder Atemwegserkrankung

- davon leben über 5 Millionen Menschen mit Asthma, knapp 10% mit schwerem Asthma – Tendenz steigend
- von COPD sind knapp 5 Millionen Menschen betroffen, Studien projizieren, dass bis 2030 knapp 8 Millionen Menschen erkranken können.

Laut des Statistischen Bundesamtes waren Krankheiten der Lunge und des Atmungssystems – wohlgemerkt ohne COVID-19 – die Ursachen von knapp 100.000 Todesfällen in 2020, das sind über 273 Todesfälle pro Tag. Durch präventive Maßnahmen und frühere Diagnosen und Behandlungen ließe sich diese hohe Zahl an Todesfällen drastisch reduzieren.

Botschaften:

- Neben der individuellen Belastung der Betroffenen steht hinter den genannten Zahlen eine nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche und sozioökonomische Belastung
- Dennoch gibt es im Gegensatz zu Krebs oder Diabetes keine politische Initiative, die sich dezidiert dieser Erkrankungen annimmt
- Dies ist angesichts der sehr hohen Fallzahlen und der Vermeidbarkeit vieler Lungen- und Atemwegserkrankungen folgenschwer
- Um den Bereich Lunge systematisch und nachhaltig zu adressieren und in der kommenden Legislaturperiode wichtige Weichenstellungen vorzunehmen, ist ein Maßnahmenpaket, das sich chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen insbesondere mit dem Fokus auf Prävention und Früherkennung widmet, notwendig.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Lebenserwartung in Deutschland beträgt aktuell 80,8 Jahre und liegt damit nur leicht über dem EU-Durchschnitt von 80,1 Jahren. Im Vergleich zu vielen westeuropäischen Ländern ist sie jedoch deutlich niedriger, ein wesentlicher Grund dafür ist die hohe Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die hierzulande die häufigste Todesursache darstellen und im Jahr 2021 ein Drittel aller Todesfälle ausmachten. Zudem verursachten diese Erkrankungen im Jahr 2020 Kosten von etwa 57 Milliarden Euro im deutschen Gesundheitssystem. Aufgrund ihrer Häufigkeit und der erheblichen Krankheitslast sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bevölkerungsmedizinisch als auch gesundheitspolitisch von zentraler Bedeutung, eine verbesserte Früherkennung der Erkrankung selbst sowie ihrer Risikofaktoren ist notwendig, um frühzeitig mit einer Behandlung beginnen zu können und somit die Anzahl der Todesfälle zu reduzieren.

Botschaften:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten aufgrund ihrer hohen Fallzahl und der negativen Relevanz für die deutsche Bevölkerung und das Gesundheitssystem weiterhin Priorität der Bundesregierung sein
- Ein Gesetz zur Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Deutschland indem die Früherkennung und die Versorgung von Risiken, Risikoerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbessert und die medizinische Prävention gestärkt wird, ist wünschenswert.

V Prävention und Früherkennung

COVID

Laut Robert Koch-Institut haben ca. 3,3 Mio. Menschen in Deutschland eine angeborene oder erworbene Immundefizienz, die eine ausreichende Impfantwort beeinträchtigen kann. Aktuelle Daten aus dem deutschen Versorgungsalltag deuten auf ein erhöhtes Risiko für einen schwereren COVID-19-Verlauf bei immundefizienten Patient:innen im Vergleich zu COVID-19-Patient:innen ohne Immundefizienz hin. Nicht nur im Bereich der Infektion mit Covid-19 benötigt diese Gruppe besondere Schutzmaßnahmen und gezielte Unterstützung. Bei einer von AstraZeneca durchgeführten Befragung bei immundefizienten Patient:innen gaben rund ein Viertel an, ihre Alltagsaktivitäten während Infektionswellen einzuschränken. AstraZeneca arbeitet daran den Patient:innen diesen Schutz vor Infektionskrankheiten zur Verfügung zu stellen und mittels passiver Immunprophylaxe eine Teilhabe am Leben auch während der Infektionszeit zu ermöglichen

Botschaften

- Die bisherigen Regelungen zu HIV, Covid-19 und RSV umfassen innovative Prophylaxemaßnahmen für andere Indikationen nicht. Die Bundesregierung sollte diese gesetzliche Lücke füllen und eine indikationsunabhängige Möglichkeit zur passiven Immunprophylaxe für schutzbedürftige Patient:innen schaffen.

CKD

Die chronische Nierenkrankheit (chronic kidney disease, CKD) ist eine Volkskrankheit. Derzeit leben geschätzt 8 bis 10 Millionen Menschen mit einer CKD in Deutschland. Im Jahr 2027 wird eine Anzahl von 11 Millionen Menschen prognostiziert. CKD-Patient:innen haben in frühen Stadien kaum Symptome, die Erkrankungen verläuft zunächst asymptomatisch und unauffällig: diese „stille Krankheit" kann unbehandelt unaufhaltsam voranschreiten. Häufig treten erst im fortgeschrittenen Stadium Beschwerden auf. So ist die Krankheit häufig unentdeckt und nur circa 10 Prozent der CKD-Patient:innen sind diagnostiziert. Eine chronische Nierenkrankheit kommt jedoch selten allein – sie kann sich beispielsweise aus einem Typ-2-Diabetes, einem zu hohen Blutdruck oder anderen kardiovaskulären Erkrankungen entwickeln. Mit zunehmendem Verlust der Nierenfunktion steigt wiederum auch das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen (z. B. Herzinfarkt, Herzversagen und Schlaganfall), die Wahrscheinlichkeit für Krankenhausaufenthalte und die Sterblichkeitsrate.

Dementsprechend gelten Patient:innen mit Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder kardiovaskulären Erkrankungen als Risikogruppen, die regelmäßig auf ihre Nierengesundheit hin untersucht werden sollten. Bei Hausärzten und Hausärztinnen wird der Mehrheit der Patient:innen mit T2D und Bluthochdruck versorgt. Hier werden jedoch häufig keine umfassenden CKD-Screenings durchgeführt, obwohl diese erstattungsfähig sind und von medizinischen Leitlinien empfohlen werden. Die InspeCKD-Studie zeigt, dass bei der Mehrheit der Patient:innen die relevanten Nierenparameter eGFR und UACR nicht gemessen wurden, bei nur 46,5 Prozent der Risikopatient:innen wurd Kreatinin gemessen (Berechnungsgrundlage für die sog. EGFR) und nur bei weniger als 1 Prozent das UACR untersucht.

Die rechtzeitige Erkennung von CKD, gefolgt von einer entsprechenden Behandlung, birgt das Potenzial, die Krankheitslast und Sterblichkeit durch CKD und ihre begleitenden Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern, Kosten einzusparen und die Belastung des Gesundheitssystems zu reduzieren, sowie die Lebensqualität Betroffener und ihrer Angehöriger zu verbessern. Denn es gibt einfache und kostengünstige Behandlungen, die das Fortschreiten einer CKD verlangsamen können. Werden sie in den frühen Stadien der Erkrankung verabreicht, können sie den progressiven Verlust der Nierenfunktion verlangsamen oder sogar stoppen und das kardiovaskuläre Risiko reduzieren.

Botschaften:

- Trotz hoher Prävalenz werden auch Menschen mit einem hohen CKD-Risiko aktuell nicht systematisch gescreent. Dies führt dazu, dass die CKD nur verzögert diagnostiziert wird und Therapieansätze bzw. eine Lebensstilanpassung i. d. R. viel zu spät ergriffen werden.
- Bei Risikopatient:innen mit Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes und chronischer Herzinsuffizienz sollten gemäß medizinischen Leitlinien sowohl der Filtrations- als auch der Urintest (eGFR, UACR) durchgeführt werden.
- Es bedarf einer erweiterten Vorsorgeuntersuchung ab 50 Jahren (Check-up 50), zudem muss dort sowie im Check-up 35 das CKD-Screening mittels eGFR & UACR muss aufgenommen werden.
- Das UACR-Screening muss in die DMP für chronische Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit und Typ-2-Diabetes aufgenommen werden.
- Es sollten außerdem gezielt politische Hebel identifiziert und genutzt werden, die Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen mehr Screenings durchzuführen, bspw. durch eine Erhöhung des Laborbudgets.
- Neben den Fachgruppen sollte auch die Öffentlichkeit umfassender über die Nierenkrankheit aufgeklärt werden.

Lungenkrebs

Lungenkrebs ist eine der häufigsten Ursachen krebsbedingter Todesfälle in Deutschland, mit etwa 45.000 Todesfällen jährlich bei einer Inzidenz von rund 60.000 Fällen. Die Überlebenschancen variieren stark je nach Stadium der Erkrankung: Mit fortschreitendem Tumorstadium sinkt die Überlebensrate deutlich. Da Lungenkrebs in frühen Stadien oft symptomlos verläuft, wird er häufig erst spät diagnostiziert. Ein Früherkennungsprogramm ermöglicht es, mehr Betroffene in einem frühen Stadium zu identifizieren, was ihre Heilungs- und Überlebenschancen verbessert. Studien wie NESLON und verschiedene Metaanalysen haben gezeigt, dass die Risikogruppe – aktive und ehemalige Raucher:innen zwischen 50 und 75 Jahren – von einem Low-Dose-CT-Screening zur Früherkennung profitiert, was zu einer 15%igen Verringerung der Lungenkrebsmortalität führt. Laut Schätzungen des Bundesamtes für Strahlenschutz kommen etwa 5,5 Millionen Menschen für das Früherkennungsprogramm infrage.

Seit dem 1. Juli 2024 ist das Low-Dose-CT-Screening für die Risikogruppe rechtlich zugelassen, jedoch noch nicht erstattungsfähig. Eine rasche Integration des Lungenkrebsscreenings in die Krebsfrüherkennungsrichtlinie, die Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung, ein umfangreiches Einladungsmanagement sowie ein flächendeckendes Angebot könnten die Überlebenschancen von Lungenkrebspatienten erheblich verbessern. Zudem könnte die Einbeziehung anderer Erkrankungen wie COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms Synergien schaffen.

Botschaften:

- Lungenerkrankungen, einschließlich Lungenkrebs, stellen eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit dar. Die schnelle Implementierung eines Lungenkrebs-Screenings trägt dazu bei, Lungenkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen und die Überlebenschancen der Betroffenen signifikant zu verbessern.

- Durch eine sukzessive Ausweitung des Programms z.B. Mitberücksichtigung von COPD kann der Nutzen des Screenings verbessert werden.

VI Qualitätsgesicherte Versorgung

Die effektive Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ist von entscheidender Bedeutung für die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Studien belegen, dass Länder mit einer stärkeren Integration zwischen ambulanten und stationären Diensten bessere Gesundheitsresultate erzielen. Eine Analyse der OECD zeigt, dass integrierte Versorgungssysteme nicht nur die Patientenzufriedenheit erhöhen, sondern auch die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung senken können. Trotz der bereits bestehenden Strukturen gibt es zahlreiche Möglichkeiten, diese Zusammenarbeit zu verbessern.

Botschaften:

- Um Verbesserungspotenziale ausschöpfen zu können müssen die bestehenden Programme und intersektoralen Netzwerke (wie z.B. die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung) kontinuierlich evaluiert, optimiert und erweitert werden.

- Die Einbindung innovativer Strukturen wie digitale Plattformen zur gemeinsamen Nutzung von Gesundheitsdaten vom Gesetzgeber muss ermöglicht und forciert werden.

VII Bessere Rahmenbedingungen für die Behandlung von Seltenen Erkrankungen

Aufgrund der unterschiedlichen bzw. nach und nach einsetzenden Symptome und des geringen Auftretens insgesamt in der Bevölkerung werden seltene Erkrankungen häufig nicht erkannt und Patient:innen fehldiagnostiziert. Dies führt zu einer Diagnoseverzögerung von 4,8 Jahren und länger, obwohl die richtige Diagnose ausschlaggebend ist, um ein Fortschreiten der Krankheit zu vermeiden. Patient:innen durchlaufen verschiedenste Untersuchungen und Diagnosestellungen bei Ärzt:innen unterschiedlichster Fachgruppen bis die richtige Diagnose gestellt wird bzw. die Weiterleitung an einen Spezialisten für seltene Erkrankungen erfolgt. Die (medizinischen) Expert:innen sowie die Zentren für Seltene Erkrankungen sind meist in den Ballungsräumen angesiedelt. Für Patient:innen bedeutet dies oftmals eine lange Anfahrt zu ihrem behandelnden Arzt/ihrer behandelnden Ärztin - eine wohnortnahe Versorgung durch die örtlichen niedergelassenen Ärzte ist in vielen Fällen nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Botschaften:

- Die in den letzten Jahren ins Leben gerufene Initiativen, um seltene Erkrankungen in die Öffentlichkeit zu tragen, die Awareness zu steigern und die Versorgung zu verbessern, sind ein erster Schritt in die richtige Richtung für die Betroffenen. Jedoch reichen die Projekte, wie z. B. NAMSE, nicht aus, um einen spürbaren und nachhaltigen Effekt in der Grundversorgung und schnellen Diagnosestellung zu erreichen. Die bestehenden Projekte müssen konsequent entwickelt und gefördert werden sowie weitere Versorgungslücken geschlossen werden.

- Niedergelassenen Ärzt:innen muss eine (technische) Hilfestellung für die verschiedensten (seltenen) Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden, um die Symptome schnell und unkompliziert richtig einordnen zu können. Wir von AstraZeneca beschäftigen uns mit den verfügbaren KI-Lösungen für die von uns fokussierten Erkrankungsbilder und möchten dies fördern. Jedoch ist eine vollumfängliche Lösung für alle (seltene) Erkrankungen und alle Ärzt:innen wünschenswert.

- Spezialisierte Strukturen müssen weiterhin gefördert und ausgebaut werden. Dabei sollten insbesondere bestehende Versorgungsstrukturen, wie z. B. die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung für seltene Indikationen, fokussiert werden, um Teamgründungen auch in ländlichen Regionen zu erreichen und eine Basisversorgung der Patient:innen sicherzustellen. Eine Zusammenarbeit zwischen der Basisversorgung vor Ort und dem nächstgelegenen spezialisierten Zentrum z. B. durch Einbindung von telemedizinischen Angeboten sollte ein Ziel der Bemühungen sein.