

**Protokoll des Expertenmeetings “Dialog Thrombose”
am 1. September 2011 im Mainzer Rathaus**

**Thema: „Medizinischer Fortschritt und finanzielle
Machbarkeit – Welchen Einfluss hat der Patient?“**

Podiumsteilnehmer:

Prof. Dr. Harald Darius (Berlin), Direktor der Klinik für Innere Medizin –
Kardiologie, Angiologie und konservative Intensivmedizin am Vivantes Klinikum
Neukölln

Dr. Günter Gerhardt (Mainz), ehem. Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Knut Kröger (Krefeld), 2. Vorsitzender der Thrombose-Initiative e.V.,
Direktor der Klinik für Angiologie an der HELIOS-Klinik in Krefeld

Dr. Christian Moerchel (Mainz), 1. Vorsitzender der Thrombose-Initiative e.V.,
Stadtrat von Mainz

Martin Schneider (Mainz), Leiter der Landesvertretung des Verbandes der
Ersatzkassen Rheinland-Pfalz/Saarland

Wolfgang Zöller (Berlin), Mitglied des Deutschen Bundestages,
Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Moderation:

Dr. Michael Moerchel (Bonn), Mitglied der Bundespressekonferenz

I. Zweck der Veranstaltung / Begrüßung Dr. Christian Moerchel

Das Krankheitsbild der venösen Thromboembolie sowie die Vorbeugung dieser Erkrankung werden nicht nur von Ärzten und Betroffenen selbst, sondern auch von Verantwortlichen im Gesundheitswesen unterschätzt. So zeigen vergleichende Untersuchungen, dass in Deutschland die Zahl der Lungenembolietoten im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ansteigt. Die Gründe dafür sind unbekannt.

Ziel der Thrombose-Initiative e.V. ist es, das fachliche sowie öffentliche Bewusstsein für das Krankheitsbild und Prophylaxe-Maßnahmen der venösen Thromboembolie zu steigern und alle am Gesundheitssystem Beteiligten zu vernetzen.

Im interdisziplinären Expertenmeeting „Dialog Thrombose“ ging es am Beispiel der neuen Antikoagulantien um die Frage, welchen Einfluss der Patient bzw. die Bevölkerung auf die Entscheidung haben, wie neue Entwicklungen in der Medizin ihm/ihr zugutekommen können.

Wie Dr. Christian Moerchel in seiner Begrüßungsansprache sagte: „Unser Thema heute ist der medizinische Fortschritt und seine finanzielle Machbarkeit. Wir wissen, dass Erfolge in diesem Bereich nicht kostenneutral zu erzielen sind. Die finanziellen Ressourcen sind auch nicht unendlich. Deshalb muss umsichtig gewirtschaftet werden. Und hierbei sollte der Patient das Maß aller Dinge sein.“

II. Statement Wolfgang Zöllner

Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, betonte eingangs seines Statements, dass es viele Leistungen nicht zum Nulltarif gebe, und forderte entsprechende Ehrlichkeit. Sein Ziel sei es, die Strukturen im deutschen Gesundheitssystem verstärkt an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

Im Zusammenhang mit dem aktuell im Gesetzgebungsprozess befindlichen Versorgungsgesetz setzt er sich beispielsweise dafür ein, dass Patienten zeitnahe Leistungen erhalten und die Bedarfsplanung flexibler und realistischer wird. Es geht ihm aber auch darum, den Arztberuf wieder attraktiver zu machen – etwa durch eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf sowie durch Beseitigung bürokratischer Hindernisse.

Sein großes Vorhaben ist ein Patientenrechtegesetz, das alle Regelungen, die Patienten betreffen, bündelt und damit überschaubar und handhabbar macht. Im Augenblick werde an einem Referentenentwurf gearbeitet. Er hoffe auf ein

Inkrafttreten zum 1. Juli 2012. Zöller möchte u.a. die Patientenrechte gegenüber den Kostenträgern stärken. So solle beispielsweise ein Antrag auf eine Reha-Maßnahme nach vier Wochen automatisch als genehmigt gelten, wenn er bis dahin nicht beantwortet sei. Auch die Patientenbeteiligung in bestimmten Verfahrensfragen möchte der Patientenbeauftragte stärken.

Um mitzubekommen, wo es Probleme gibt und Handlungsoptionen ableiten zu können, soll die seit 1. Januar 2011 tätige unabhängige Patientenberatung (21 regionale Stellen) ihm zukünftig direkt berichten. Bisher seien die Anfragen dort nur registriert worden.

III. Prof. Dr. Harald Darius: Neue Antikoagulantien – welche Vorteile haben sie?

Prof. Dr. Harald Darius ging vor allem auf Thrombosen im Zusammenhang mit Vorhofflimmern ein. Diese hätten eine besonders schlechte Prognose. Bei über 85jährigen Menschen mit dieser Erkrankung bestünde ein 10prozentiges Risiko für einen schweren Schlaganfall. Sie benötigten eine medikamentöse Blutverdünnung.

Die derzeit häufig eingesetzte Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten wie Macumar stellte Prof. Darius als komplizierte Therapie dar. Sie weise eine geringe therapeutische Breite auf, müsse individuell sehr unterschiedlich dosiert werden und die Einstellung regelmäßig überprüft werden. Dazu kommen ein sehr langsames Einsetzen und Abklingen der Wirkung sowie ein großer Einfluss der Nahrung. Selbst im richtigen therapeutischen Bereich komme es in 0,5-1 Prozent der Fälle zu gefährlichen Einblutungen im Gehirn.

Anhand aktueller Studiendaten zeigte Prof. Darius, dass es neue Medikamente zur Blutgerinnungshemmung gebe, die wirksamer und sicherer seien. So senke das seit dem 1. September in Deutschland erhältliche Dabigatran die Schlaganfallrate besser als Warfarin bei gleichzeitig geringeren Blutungsraten. Auch die Sterblichkeit sei geringer. Ein anderes neues Medikament, Apixaban, habe im Vergleich zu Acetylsalicylsäure die Schlaganfallrate von Studienpatienten halbiert.

Seiner Meinung nach – und in Übereinstimmung mit Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) – sollten zukünftig mehr Patienten Antikoagulation erhalten. Die neuen Medikamente (Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban) ermöglichten eine Therapie mit stabilen Dosierungen. Sie seien wirksamer, sicherer, aber auch teurer.

IV. Martin Schneider: Was wir wissen – Fortschritt und Kostenentwicklung

Martin Schneider gab einen Überblick über Ausgaben- und Einnahmestrukturen im Gesundheitswesen. Er erläuterte, wie sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Zuge steigender Lebenserwartung verändert und in welchen Gesundheitsbereichen das meiste Geld ausgegeben wird (stationäre Versorgung, Arzthonorare und Arzneimittelkosten). Er zeigte auch ein prototypisches Ausgabenprofil der GKV, das einen starken Anstieg im Alter aufweist. Doch er stellte in Frage, ob eine Veränderung der Altersstruktur zwingend ein Kostentreiber sein müsse. Darüber seien sich auch die Gesundheitsökonominnen nicht einig.

Kostenfallen sieht Schneider etwa bei den Arzneimittelkosten. Er begrüßt die aktuellen Maßnahmen zur Preisregulierung. Demgegenüber beklagt er die lohnbezogene Finanzierung des Gesundheitswesens, da Deutschland in den letzten Jahren sehr geringe Lohnzuwächse aufwies.

Die Thrombose bezeichnete er als „Riesenmarkt“ und verwies auf den Artikel im aktuellen „Focus“. Seiner Meinung nach müsse der Fortschritt den Patienten dienen. Es brauche echte Innovationen und verlässliche Informationen dazu. Zusatzbeiträge bezeichnete Schneider als große Hindernisse für Kassen, wenn es darum gehe, Innovationen verfügbar zu machen.

V. Dr. Günter Gerhardt: Was können wir uns leisten? Was wollen wir uns leisten?

Dr. Günter Gerhardt konfrontierte die Teilnehmer mit einer provokativen These: „Medizinischer Fortschritt für alle – das geht bei öffentlichen Mitteln nur mit einer Prioritätensetzung“. Ohne Reduktion des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung drohten undurchsichtige Leistungseinschränkungen in der Arztpraxis.

Aus seiner Sicht sollte sich das Solidarsystem auf die Behandlung im Krankheitsfall beschränken. Andere Leistungen, wie Primärprävention, Mutterschaftsgeld etc. sollten nicht wegfallen, aber aus anderen Quellen finanziert werden. Dafür solle jedem Bürger im Krankheitsfall eine bedarfsgerechte Versorgung garantiert werden.

Zuständig für Herausnahme von Leistungen aus dem GKV-Katalog, für dessen Umgestaltung und Neugestaltung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

sein – beraten durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). „Die Prioritätensetzung muss wissenschaftlich begründet sein“, so Dr. Gerhardt.

VI. Prof. Dr. Knut Kröger: Kontrollierter Erfolg bestimmt den Preis. Ist das möglich?

Prof. Dr. Kröger wählte einen anderen Ansatz: „Wir wollen die Anzahl der Thrombosen reduzieren. Wir haben gehört, dass es mit den neuen Medikamenten weniger Schlaganfälle und Blutungen gibt. Die Frage ist nun, wie wir dahin kommen und das finanzieren können“

Er verwies auf die Schwierigkeit, genaue Zahlen etwa zu Lungenembolietoten zu ermitteln. Es gebe aber Daten, auf denen man aufbauen könne – etwa die Diagnosedaten der Krankenhäuser. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) stiegen die Zahlen der diagnostizierten Lungenembolien seit Jahren an. „Wir machen seit Jahren Prophylaxe, sind aber offenbar nicht effektiv“, schloss Prof. Kröger provokant. Er forderte, die neuen Medikamente in die Pflicht zu nehmen.

Wie Prof. Kröger zeigen konnte, kostet die Behandlung einer Lungenembolie nach Schätzung der AOK Rheinland-Pfalz in der Klinik rund 4.000 Euro. Mit allen Folgekosten komme ein Betrag von rund 7.000 Euro zustande. Diese sollten besser für das Produkt „Absenz von Embolien“ ausgegeben werden.

Als geeignetes Mittel regte Prof. Kröger einen Masterplan zur Erfassung der klinischen Kosten-Nutzen-Relation hinsichtlich der Reduktion thromboembolischer Ereignisse parallel zur Einführung der neuen Antikoagulantien an. Dieser könne auch als Grundlage für die Preisgestaltung dienen. Konkret: Wenn die neuen Antikoagulantien es schafften, die Anzahl der stationär behandelten Patienten mit Lungenembolien zu senken, dann sollten sie ihren Preis erhalten (der sich dann rechne); wenn nicht, dann müssten die Firmen nach 5 Jahren einen Preisnachlass an die Krankenkassen zurückzahlen.

VII. Diskussion

Publikumsfrage: Warum gibt es keine unabhängigen Arzneimittelstudien?

Prof. Kröger verwies auf Länder wie Kanada, in denen es mehr staatlich finanzierte Studien gibt. Wolfgang Zöller betonte, dass das IQWiG auch internationale Studien einbezieht und dass die besten Experten für ein Medikament im Umfeld der Hersteller sitzen. Man müsse sie nur zu einem neutralen Urteil bringen. Prof. Darius ergänzte, dass Studien mit Tausenden Patienten für den Staat nicht finanzierbar seien. Studienleitung und -auswertung von Industriestudien lägen im Übrigen bei Universitätswissenschaftlern, die Firmen hätten keinen Einfluss auf die Daten und ihre primäre Präsentation. Die Bewertung der Daten solle dann durch unabhängige Institutionen erfolgen. Aus dem Publikum kam die Anregung, Geld bei den Unternehmen einzusammeln und für bessere Studien zu verwenden.

Publikumsfrage: Wie erfährt man, ob man auf das neue Medikament wechseln sollte? Muss man die Krankenkasse fragen?

Prof. Darius verwies auf den behandelnden Hausarzt. Nur dieser könne bewerten, inwieweit man für eine Umstellung geeignet sei bzw. davon profitieren würde. Auch Dr. Moerchel wies darauf hin, dass sich nicht jeder Marcumar-Patienten umstellen lassen muss oder sollte. Er sieht einen möglichen Vorteil vor allem für Patienten, die sich mit Marcumar in einem unsicheren therapeutischen Bereich befinden.

Martin Schneider betonte, dass mit der Zulassung eines Medikaments normalerweise auch seine Erstattungsfähigkeit einhergehe. Die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG erfolge erst nach circa 1,5 Jahren. Man müsse deshalb nicht mit der Krankenkasse reden. Allerdings könnten die Therapiekosten Auswirkungen für den Arzt haben. Wie von Prof. Darius erwähnt, liegen die Tagestherapiekosten für Dabigatran bei circa 3,50 Euro (im Vergleich zu circa 0,20 Euro für Marcumar inkl. Monitoring).

Dr. Gerhardt machte noch einmal klar, dass er bestimmte Leistungen nicht abschaffen wollen, sondern nur die Finanzierbarkeit durch die GKV in Frage stelle. Auch wenn ein Patient perfekt für ein neues Medikament geeignet sei, bleibe die Angst des Arztes vor der Budgetüberschreitung. Deshalb brauche es eine andere Regelung.

**Publikumsfrage: Warum gibt es in Deutschland keine
Bürgerversicherung?**

Wolfgang Zöller erläuterte, dass damit in der Regel die Abschaffung der Privaten Krankenversicherungen gemeint sei. Er wies darauf hin, dass die privat Versicherten einen großen Teil der Gesamtbehandlungskosten finanzieren. Dieser Beitrag müsse dann anderweitig aufgebracht werden. Er stellte auch fest, dass in unserem System jeder GKV-Versicherte die gleiche Versorgung erhält und bezeichnete die Beitragsbemessungsgrenze als „Friedensgrenze“. Bei einer Bürgerversicherung würden sämtliche Einkünfte belastet. Er fände es gerechter, das System beizubehalten und durch eine Steuersäule zu ergänzen.

Publikumsanregungen:

Es wäre wünschenswert gewesen, bei einer solchen Veranstaltung auch einen Patientenvertreter auf dem Podium zu haben.

Anregung eines Softwareentwicklers: Man solle sich beim Projekt „Masterplan“ die Praxis mittelständischer Softwareunternehmen zum Vorbild nehmen. Wenn diese z.B. mit einem mittelständischen Automatisierungsunternehmen einen Vertrag machten, ginge es auch nicht um Stückzahlen, sondern um mittelfristige Kundenzufriedenheit.

Gelnhausen, 13. September 2011

Annette Locher

Kontakt:

Thrombose-Initiative e.V.
Presse- und Organisationsbüro
c/o Annette Locher PR
William-Elliott-Platz 3
63571 Gelnhausen
Telefon: 06051/8859596
E-Mail: info@thrombose-initiative.de