

„Disease Interception bietet die Chance, dass insbesondere im Alter auftretende Krankheiten wie Demenz, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen künftig besiegt werden könnten“

Interview mit Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Welche Bedeutung haben medizinische Innovationen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels?

Die Menschen werden immer älter. Einen wesentlichen Beitrag hierzu liefert der medizinische Fortschritt. Viele früher unheilbare und tödliche Krankheiten können heute mit modernen Mitteln bekämpft und immer weiter zurückgedrängt werden. Moderne Untersuchungsgeräte erleichtern die Diagnose, und ständig neue Behandlungsansätze verbessern die Aussichten auf einen Erfolg oft erheblich. Der medizinische Fortschritt hat unser Leben beeinflusst, denn wir leben gesünder und damit länger, sind aufgeklärter und verstehen die Abläufe im menschlichen Körper wesentlich besser.

Jedoch wird der menschliche Organismus mit zunehmendem Alter anfälliger für Krankheiten, die manchmal chronisch werden können. Hinzu kommt, dass die sogenannten Alterskrankheiten, beispielsweise Demenz und Alzheimer, Schlaganfall oder Herzinfarkt, heute noch häufig nicht oder nur schwer heilbar sind. Das liegt unter anderem daran, dass sich im Alter die Teilungs- und Regenerationsfähigkeit



der Körperzellen vermindert. Symptomatisch für Alterskrankheiten ist auch die sogenannte Latenzzeit – das heißt, es vergehen mitunter Jahre, ehe die Krankheit wirklich ausbricht.

Welche Chancen bietet Disease Interception in diesem Kontext?

Disease Interception ist der Ansatz, Arzneimittel zu entwickeln und zum Einsatz zu bringen, die das Potenzial haben, Krankheiten zu behandeln, bevor erste Symptome entstehen. Dieser Ansatz bietet die Chance, dass insbesondere im Alter auftretende

Krankheiten wie Demenz, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen künftig besiegt sein könnten.

Wie bewerten Sie das Konzept Disease Interception?

Disease Interception stellt eine neuartige und durchaus revolutionäre Herangehensweise zur Krankheitsbekämpfung dar. Dem Ansatz kommt das Potenzial zu, einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem auszulösen, weil wir dazu unser Verständnis des Krankheitsbegriffs und der darauf bezogenen Therapie völlig verändern müssen.

Wie kann Disease Interception in das bestehende Gesundheits- und Sozialsystem integriert werden? Welche Anpassungen wären ggf. notwendig? Zum Beispiel im § 11 des SGB V?

§ 11 Abs. 1 SGB V verwendet den zentralen Begriff der Krankheit. Eine Legaldefinition des Krankheitsbegriffes findet sich jedoch im Gesetz nicht. Der Gesetzgeber hat von einer Definition bewusst abgesehen, da der Krankheitsbegriff ständigen Änderungen unterliegt und um ihn so der Auslegung offenzuhalten. Gleichwohl haben wir heute von dem Krankheitsbegriff ein enges Verständnis. Im allgemein-medizinischen Sinne verstehen wir jede subjektiv empfundene und/oder objektiv feststellbare Gesundheitsstörung als eine Krankheit. Das heißt, ein Arzt sieht die Symptome, stellt daraus eine Diagnose und leitet eine entsprechende Therapie ein. Das Bun-

desozialgericht versteht unter Krankheit einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich, oder ausschließlich, Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dieses Verständnis passt natürlich nicht zu einem Ansatz, Krankheiten bereits dann zu behandeln, wenn Symptome noch gar nicht auftreten und für die Patienten spürbar sind. Wenn wir Disease Interception als Behandlungsform anerkennen wollen, muss sich unser Verständnis des Krankheitsbegriffes dahingehend erweitern, bereits den körperlichen Prozess, der erst im weiteren Verlauf zu Symptomen einer Krankheit führt, für sich bereits als Krankheit anzuerkennen.

Und was ist mit dem AMNOG?

Die mit dem AMNOG eingeführte Nutzenbewertung ist im Grunde ein gutes Verfahren, um auf der einen Seite gesetzlich Versicherten Arzneimittelinnovationen zügig zur Verfügung zu stellen, auf der anderen Seite aber Kosten im Gesundheitswesen nicht ausufern zu lassen.

Nicht nur die Dynamik und Individualisierung der Arzneimitteltherapie führt die Nutzenbewertung, wie wir sie heute kennen, an ihre Grenze und birgt die Gefahr, dass Innovationen an den Patienten in Deutschland vorbeigehen. Das gilt auch für gänzlich revolutionäre Arzneimitteltherapieformen, wie den Ansatz der Disease Intercep-

tion mittels Arzneimitteltherapie. Hier stellen sich viele Fragen: Wie kann der Nutzen bzw. Zusatznutzen belegt werden? Gibt es überhaupt eine zweckmäßige Vergleichstherapie? Und wenn ja, wie sieht diese aus? Wie müssen klinische Studien zum Beleg des Nutzens und Zusatznutzens aussehen? Was sind die Endpunkte? Sind überhaupt RCTs aus ethischen Gründen möglich? Wir müssen uns intensiv mit diesen Fragen auseinandersetzen und Lösungen finden, die auch die Bezahlbarkeit neuartiger Therapieformen im Auge behält. Am Ende darf die Markteinführung neuartiger Arzneimitteltherapieformen nicht daran scheitern, dass ein (Zusatz-)Nutzen aufgrund von Verfahrensfragen nicht innerhalb eines Jahres feststellbar ist und Pharmaunternehmen ihre Innovationen aus dem deutschen Markt ziehen, weil ein Return des Forschungsinvestments nicht erzielt werden kann. Das wäre der Supergau für die Patienten.

Sollten Maßnahmen der Disease Interception allen Versicherten zur Verfügung stehen? Welche Voraussetzungen müssten dafür gegeben sein?

Disease Interception sollte grundsätzlich allen Patienten nach einer selbstbestimmten Entscheidung auf Grundlage ärztlicher Aufklärung über Chancen und Risiken zur Verfügung stehen. Die Erstattung dieser Therapieform muss natürlich vom tatsächlichen medizinischen Bedarf abhängig sein. Hierbei stellen sich viele Fra-

gen: Mit welcher Wahrscheinlichkeit werden körperliche Prozesse einen Krankheitsverlauf in Gang setzen, die mit Disease Interception verhindert oder zumindest zeitlich aufgeschoben werden können? Wie schwerwiegend sind die Folgen eines solchen Krankheitsprozesses für die Gesundheit der Patienten? Wie schnell können diese eintreten? Sind die gesundheitlichen Folgen reversibel und wenn ja, welche Mittel stehen dafür zur Verfügung und welche Belastungen ergeben sich aus solchen klassischen Therapien?

Welche (gesundheits-)politischen Widerstände erwarten Sie gegen Disease Interception? Wo erwarten Sie Unterstützer?

Die Kostenträger solcher neuartiger Therapieansätze werden sich natürlich – nicht ganz zu Unrecht – fragen, welche zukünftigen Ausgaben mit Disease Interception verbunden sind. Dabei geht es nicht nur um die Kosten für eine darauf gerichtete Arzneimitteltherapie.

Es geht auch um die Kosten dafür, wie Betroffene bzw. potenzielle Patienten ermittelt und informiert werden. Widerstände können sich dann in Abhängigkeit der Antworten auf diese im Grunde nach ökonomischen Fragen bei den Kostenträgern ergeben. Weil es in der Gesundheitspolitik immer auch um Allokationsentscheidungen geht, entstehen Widerstände oft aber auch dort, wo sich vermeintliche Verlierer neuartiger Therapieformen wähen.

Mit Sicherheit können Betroffene, also potenzielle Patienten, als Unterstützer für die Disease Interception gewonnen werden, wenn sie ihre Fragen, die sich in erster Linie um Chancen und Risiken für ihre Gesundheit drehen, ehrlich beantwortet bekommen.

Wie können Gesundheitskompetenzen der Versicherten sowie Verbraucher- bzw. Patientenrechte im Zusammenhang mit Disease Interception gestärkt werden?

Im Zentrum der Medizin steht der einzelne Patient, der über das Ob und Wie einer Therapie eine selbstbestimmte Entscheidung trifft. Unabdingbar für das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ist, dass sie für die von ihnen zu treffende Entscheidung die erforderlichen Informationen bekommen. Primär sind hierfür ihre behandelnden Ärzte zuständig, welche die Patienten auch bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützen. Wichtig ist also, dass die Behandelnden über die Möglichkeiten und Grenzen sowie Risiken und Gefahren der Disease Interception umfassendes Wissen haben, das sie ihren Patienten vermitteln können. Wichtig ist aber auch, dass die Patienten darüber hinaus Zugang zu validen und verständlichen Informationen haben, die ihnen dabei helfen können, zu einer Entscheidung zu kommen. Hier können beispielsweise digitale Medien zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz einen höheren Stellenwert einnehmen.

Sehen Sie einen besonderen Aufklärungsbedarf für Betroffene/Patienten (z.B. im Arzt-Patienten-Gespräch) durch Disease Interception-Konzepte (z.B. für ein besseres Verständnis von Risiko und/oder Wahrscheinlichkeit)?

Patienten sind in der Regel keine Statistiker. Oftmals werden Risiken individuell sehr unterschiedlich beurteilt. Blanke Zahlen helfen also wenig. Die Medizin steht damit vor der Herausforderung, Wissen um Risiken und Wahrscheinlichkeiten, Chancen und Gefahren zu vermitteln. Das kostet natürlich Zeit. Aber es ist Zeit, die wichtig ist und aufgebracht werden muss, wenn wir von mündigen Patienten eine gut informierte selbstbestimmte Entscheidung treffen lassen wollen.

Welche gesundheitspolitischen Fragen ergeben sich aus Ihrer Sicht im Zusammenhang mit Disease Interception darüber hinaus?

Der Ansatz Disease Interception verspricht eine Welt ohne Krankheitsleiden. Wir stehen vor der Frage, ob diese Hoffnung tatsächlich real werden kann – und was sie uns kosten wird. Wird die Politik es schaffen, die richtigen Weichen zu stellen, die auf der einen Seite Sprunginnovationen in der Gesundheit ermöglichen und diese auf der anderen Seite für alle Betroffenen finanzierbar halten?

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB (FDP)

ist seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestags als Abgeordneter mit dem Wahlkreis Würzburg, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Stellv. Vorsitzender im Unterausschuss Globale Gesundheit. Ebenso ist er Stellv. Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung. Ullmann ist ebenso Sektionssprecher der Infektiologie beim BDI (Berufsverband Deutscher Internisten) und Beisitzer in der Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie der DGHO.

**Wichtige Stationen:**

- 1981-1987 Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum, Abschluss mit medizinischem Staatsexamen
- 2008 Habilitation in der Universitätsmedizin Mainz
- Berufliche Stationen in Bochum, New York City, Mainz, Boston
- Seit 2012 Universitätsprofessor an der Universitätsklinik Würzburg