



Kurzprotokoll der 11. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 27. März 2023, 17:00 Uhr

als Kombination aus Präsenzsitzung

(Marie Elisabeth Lüders Haus, Saal 3.101) und

Zoom-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Zoom-Meeting werden an den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

Bericht von Prof. Dr. Axel Radlach Pries (Präsident World Health Summit, WHS) zum WHS

Selbstbefassung S-20(14-1)26

Tagesordnungspunkt 2

Seite 6

a) Globale und nationale Herausforderungen und Lösungsansätze bei der Bekämpfung multiresistenter Tuberkulose/ Die globale Perspektive

Selbstbefassung S-20(14-1)27



b) Globale und nationale Herausforderungen und Lösungsansätze bei der Bekämpfung multiresistenter Tuberkulose/ Die nationale Perspektive

Selbstbefassung S-20(14-1)28



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung 17.00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP) begrüßt die Anwesenden und die via Zoom zugeschalteten Teilnehmer.

Der Unterausschuss beschließt einstimmig, zu den Tagesordnungspunkten 2a und 2b öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht von Prof. Dr. Axel Radlach Pries (Präsident World Health Summit, WHS) zum WHS

Selbstbefassung S-20(14-1)26

Prof. Dr. Axel Radlach-Pries (World Health Summit (WHS)) führt aus, was der WHS sein wolle, bzw. für Deutschland sein könne, oder welchen Wert der WHS für Deutschland darstellen könne. Der WHS sei inzwischen ein sehr sichtbares Forum, das in Zukunft noch stärker selbst strategisch aktiv werden wolle, in einer engen Beziehung sowohl zum Parlament als auch zu den Ministerien. Das Schlagwort dahinter sei „Global Health made in Germany together with the World“, man könne globale Gesundheit heutzutage nicht mehr verstehen, wenn man nicht auch eine echte Partnerschaft mit den Staaten des globalen Südens habe. Das werde in Zukunft immer wichtiger. Dies sei eine entscheidende Basis für eine humanitäre Ausstrahlung aus Europa. Es handele sich um Bereiche, in denen man nur gewinnen könne. Ziel sei es, diese Ausstrahlung zu nutzen, um die Präsenz und Relevanz in Global Health deutlich zu stärken. Ein wesentlicher Punkt über die WHS-Summits in Berlin hinaus sei das Anbieten eines Thinktanks, der relevante Fragen treibe und für den Kongress vorbereite, so dass dieser am Ende des Tages so etwas sei wie die Spitze des Eisberges, darunter aber eine breite Basis bestehe. Im Jahr 2020 habe zusammen mit der World Health Organisation (WHO) ein besonderer Kongress stattgefunden, aber die Entwicklung sei kontinuierlich. Es seien über 4 000 Leute vor Ort und 50 000 indirekt zugeschaltet gewesen. Der WHS sei von vorneherein global aufgesetzt. Er komme zwar aus Berlin, beziehe die Welt aber ein.

Es gebe sehr gute Einrichtungen aus allen Kontinenten, man müsse aber noch mehr im globalen Süden tun. Das sei eine Entwicklung, die verstärkt werden müsse. Die Tagung im letzten Jahr sei durch die enge Beziehung zur WHO ein Highlight und ein gelungenes Meeting gewesen. Die inhaltliche Arbeit müsse in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern gesteigert werden. Wichtig sei, von der reinen Funktion einer Diskussionsbasis stärker zur Agenda beeinflussenden Aktivität überzugehen mit unterjährigen Veranstaltungen und anderen Angeboten eine globale Plattform für Gesundheit zu werden, die den Vergleich mit der Münchner Sicherheitskonferenz (MSC) aufnehmen könne. Neu dazu gekommen sei im letzten Jahr der Virchow-Preis, der zum Ziel habe, eine Bedeutung zu bekommen, wie ein „Nobelpreis für Gesundheit“. Das sei ein langer Weg, aber man müsse die Ziele hochstecken. Das würde eine hervorragende Synergie mit dem WHS-Summit geben und Deutschland in der globalen Gesundheit hervorheben. Es werde mit einer strukturierten Finanzierung gekämpft. Der Bundestag habe in der Vergangenheit großzügige Unterstützung geleistet und eng mit dem WHS zusammengearbeitet. Die finanzielle Unterstützung habe aber auf jährlichen Einzelentscheidungen beruht. Auf dieser Grundlage könne man kaum Personal einstellen oder einen Thinktank betreiben. Glücklicherweise sei die Charité Gesellschafter und könne im Zweifel eine Rückfallposition offerieren. Aber auch die Charité könne finanzielle Mittel nicht ohne haushälterische Prüfung zur Verfügung stellen. Der WHS habe einen Umsatz von vier bis fünf Millionen Euro. Im letzten Jahr habe die Bundesrepublik zwischen 500 000 und 1,5 Millionen Euro an Zuschüssen überwiesen. Dies sei im Verhältnis zu dem Überschuss der Charité bereits erheblich. Im letzten Jahr seien es 2 Millionen Euro Überschuss gewesen. Eine stärkere finanzielle Strukturierung sei notwendig. Der Gegenwert für Deutschland sei unbezweifelbar sehr groß. Ohne diese Mittel müsse zu viel privates Sponsoring in Anspruch genommen werden, wodurch eine gewisse Abhängigkeit unvermeidlich sei. Daher müsse die Balance stimmen. Es dürfe nicht so sein, dass 70 bis 80 Prozent der Gelder eingeworben werden müssten.

Das Regionalmeeting sei bereits kurz angesprochen worden, es handele sich um die nächste Ausgabe des Meetings, das um die ganze Welt toure. Es sei jetzt besonders wichtig in die USA zu gehen, um in



der „Post-Trump-Zeit“ den Kontakt wieder zu verbessern, denn nur wenn Europa und Nordamerika gut zusammenarbeiteten, habe man eine Chance, die globale Gesundheit auch politisch anzugehen. Das Thema sei „Bridging the Signs to Policy Gap“ für das hochrangige Sprecher und Sprecherinnen gefunden werden konnten (z. B. Frau Sandra Galina von der EU). Dies sei der Ausblick auf das Meeting in Berlin, das den Höhepunkt darstelle. Die Hauptthemen hätten in diesem Jahr wieder einen stärkeren wissenschaftlichen Charakter. Es werde ein Dreiklang der wissenschaftlichen, zivilgesellschaftlichen und politischen Anteile angestrebt.

Ein enorm wichtiges Thema sei „Universal Health Coverage“. Eine zunehmende Ungleichverteilung der Einkommensverteilung sowohl im Ländervergleich als auch innerhalb der Länder sei eine große Barriere, die stärker angegangen werden müsse. Aber auch andere Themen, wie digitale Technologien spielten eine sehr große Rolle und trügen zur Lösung anderer Probleme bei.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) spricht ihrer Meinung nach bestehende Zielkonflikte an. Es sei sinnvoll und nachvollziehbar, dass der WHS die deutsche „Global Health Strategie“ unterstützen wolle. Es müsse ein klares Verhältnis zur deutschen Politik und den einzelnen Ressorts bestehen und gleichzeitig eine gewisse Eigenständigkeit des WHS gewahrt bleiben. Nicht glücklich habe sie allerdings die Situation empfunden, dass der Bundeskanzler einen Pledge für die „Global Polio Eradication Initiative“ abgegeben habe, der zwei Reden später durch einen Vertreter der Melinda Gates Foundation um ein Zehnfaches überboten worden sei. Es sei zwar gut, wenn für international anerkannte Ziele Gelder bereitgestellt würden, aber sie habe diese Situation als kein gutes Zeichen für den Multilateralismus empfunden. Daher sei ihre Frage, wie der Multilateralismus innerhalb des WHS gelingen könne und wie trotz des Angewiesenseins auf andere Partner die Unabhängigkeit als oberstes Kriterium gewahrt werden könne.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU) stellt fest, dass sich nach der Coronapandemie alle einig seien, dass die Vernachlässigung von Gesundheitsschutz und Gesundheitsvoraussicht gesamtwirtschaftliche Folgen in ungeahntem Ausmaß haben könne. Er

fragt, ob mittlerweile ein Interesse der allgemeinen Wirtschaft am Fachaustausch, wissenschaftlichen Exkursen oder zukünftigen Studienkonzepten bekundet werde.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erinnert, dass sich Aktivisten von Scientist Rebellion am Meetingtag des WHS an die Fassade des Tagungshotels geklebt hätten, zusammen mit wissenschaftlichen Publikationen, in denen, in Übereinstimmung mit der WHO, die Klimakrise als größte Krise für die humane Gesundheit in diesem Jahrhundert ausgewiesen worden sei. Er fragt, inwieweit der WHS dazu beitragen könne, solche Probleme deutlicher zu adressieren. Der Chefredakteur der Zeitschrift „Lancet“ habe kritisiert, dass grundsätzlich bei großen, internationalen Konferenzen viel Unverbindlichkeit herrsche. Er fragt, ob der WHS die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Gesundheitsberufe nicht nur in Bezug auf die Klimakrise noch stärker kommunizieren und eine Verbindlichkeit einfordern könne.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) betont, es sei ein Glück, dass es den WHS gebe. Der große Anteil an privaten Sponsoren sei erfreulich. Staatliche Mittel würden nicht zunehmen. Daher könne niemand versteckte staatliche Unterstützung versprechen.

Prof. Dr. Axel Radlach-Pries (WHS) betont, der Mix aus Unterstützungsmaßnahmen sei sinnvoll. Der Kontakt zur Industrie werde nicht nur gezwungenermaßen hergestellt, sondern man könne keine globale Gesundheit erreichen, wenn man nicht diejenigen, die die Produkte herstellten, an Bord habe. Zivilgesellschaft, Politik, Wissenschaft und die Wirtschaft müssten dabei sein. Aber bei einem zu großen Ungleichgewicht gehe die Kraft, Dinge umzusetzen verloren. Der WHS sei in erster Linie ein Forum, das Personen aus den genannten vier Bereichen der Gesellschaft zusammenbringe. Bisher seien eigene Positionen weniger stark entwickelt worden. Hierfür gebe es im Rahmen der M8-Allianz eine hervorragende Grundlage. Allerdings brauche man hierzu eine solidere Basis. Der Betrag des WHS sei im Vergleich zum Jahresbudget des MSC beispielsweise winzig. Die Kosten-Nutzen-Relation des WHS sei hervorragend, so dass eine weitere Entwicklung der Unterstützung von großem Nutzen



sein könne.

Tagesordnungspunkt 2

a) Globale und nationale Herausforderungen und Lösungsansätze bei der Bekämpfung multiresistenter Tuberkulose/ Die globale Perspektive

Selbstbefassung S-20(14-1)27

Der **Vorsitzende**: Am 24. März 2023 war Welttuberkulosestag. Das Datum wurde bewusst gewählt, da Robert Koch in Berlin am 24. März 1882 die Entdeckung des Tuberkulose-Bakteriums bekannt gab. Leider ist die Tuberkulose nach wie vor eine der tödlichsten Infektionskrankheiten der Welt mit rund 1,5 Millionen Toten jährlich. Daher bin ich froh, dass wir uns die nächsten anderthalb Stunden mit dieser Gesundheitsherausforderung befassen werden. Zur ersten Runde, in der es um die globale Perspektive geht, freue ich mich, Dr. Lucica Ditiu von Stop TB Partnership begrüßen zu können. Auf unserer Delegationsreise nach Genf hatten wir bereits kürzlich die Gelegenheit zum Austausch, bei dem uns Dr. Ditiu eindrucksvoll die weltweite Relevanz von Tuberkulose vor Augen führte. Außerdem freue ich mich, Frau Meike Schwarz von Ärzten ohne Grenzen sowie Dr. Mel Spiegelman von der TB Alliance begrüßen zu können.

Dr. Lucica Ditiu (Stop TB Partnership): Ich grüße Sie aus Varanasi in Indien. Ich befinde mich normalerweise in Genf, aber derzeit in Indien. Unsere Gremiumssitzung fand hier als eine der Hauptveranstaltungen zum Thema Tuberkulose am Welt-TB-Tag statt. Dies war der One World TB-Gipfel, in dessen Rahmen der indische Premierminister Modi die Hauptrede hielt. Es ist eher unüblich, dass sich der Premierminister eines Landes wie Indien einhalb Stunden Zeit nimmt, um uns zuzuhören und uns seine unbedingte Unterstützung im Kampf gegen Tuberkulose zusagt. Premierminister Modi ist der Gründer und Vorsitzende der „Coalition of Leaders to End TB“, in der mehrere Staatsoberhäupter aus G20-Ländern mit hohem Tuberkulose-Aufkommen wie Indonesien, Brasilien und Südafrika vertreten sind. Es ist daher sehr erfreulich, zu sehen, dass eine Gruppe von Ländern erkannt hat, dass Tuberkulose in ihrem Land ein großes Problem ist. Tuberkulose ist tatsächlich die größte ansteckende tödliche Krankheit. Nicht nur eine der

größten, sondern die größte Krankheit dieser Art, die nach COVID-19 wieder auf dem Vormarsch ist und, wie Sie bereits richtig bemerkt haben, sterben daran täglich 4 400 Menschen, davon 700 Kinder. Das Dramatische an Tuberkulose ist nicht nur die hohe Mortalitätsrate, sondern die Tatsache, dass, je höher die Anzahl der Menschen mit nicht diagnostizierter und behandelter Tuberkulose ist, desto mehr wird sich die Infektion als über die Luft übertragene Pandemie weiterhin ausbreiten. Wir diskutieren ständig über die Vorbereitung auf Pandemien, doch Tuberkulose ist die älteste auf dem Luftweg übertragene Pandemie und ich denke, es gibt viele Möglichkeiten, sie zu bekämpfen. Ein wichtiger Punkt für mich ist, dass COVID-19 sich in der Tat erheblich auf Tuberkulose ausgewirkt hat, da die Tuberkulose-Ärzte, Schwestern, Krankenhäuser und Arzneimittelausgaben vollkommen mit der Bekämpfung von COVID-19 befasst waren. Dies hat die Diagnose und Behandlung von Personen mit Tuberkulose erheblich erschwert. In den Jahren 2020 und 2021 ging die Anzahl der mit medikamentenresistenter Tuberkulose diagnostizierten und behandelten Patienten stark zurück. Die geschätzte Anzahl der Personen mit medikamentenresistenter Tuberkulose erhöhte sich auf 450 000 pro Jahr. Wie Sie sehr gut wissen, hat die europäische Region den weltweit höchsten prozentualen Anteil an Patienten mit Tuberkulose. Doch noch wichtiger als die Tatsache, dass die Anzahl steigt, ist der Umstand, dass die Anzahl der Personen, die mit MDR- (Multidrug Resistant Tuberculosis) Tuberkulose diagnostiziert und behandelt wurden, 2020 und 2021 zurückging. Dies bedeutet, dass sehr viele Menschen mit MDR- Tuberkulose oder medikamentenresistenter Tuberkulose leider nicht diagnostiziert sind oder behandelt werden. Aus diesem Grund können sie die Krankheit verbreiten. So wurden im Zeitraum zwischen 2018 und 2021 nur insgesamt 650 000 Patienten mit MDR-Tuberkulose weltweit behandelt. Das ist weniger als die Hälfte des für Ende 2022 angepeilten Ziels. Die Anzahl der Kinder mit MDR- Tuberkulose ist sehr gering. Dies liegt, wie Sie alle wissen, leider daran, dass es sehr schwer ist, Kinder mit MDR-Tuberkulose zu finden und die Behandlung medikamentenresistenter TB sehr schwierig ist. Das heißt nicht, dass jetzt alles verloren ist. Hierfür gibt es drei Gründe. 2022 zeigte, dass zumindest die großen Fallregionen, insbesondere in Asien wie etwa Indien, Indonesien, Bangladesch, die Philippinen und einschließlich



Länder wie Nigeria und Südafrika auf dem afrikanischen Kontinent sowie Kenia und Äthiopien enorme Anstrengungen unternommen haben, um zu dem Niveau von 2019 zurückzukehren und sich sogar darüber hinaus zu steigern. Sie fanden die Ressourcen und die Kraft, um nach COVID-19 zurückzukehren. Diese Entwicklung gibt viel Hoffnung in Bezug auf Tuberkulose und MDR-Tuberkulose. Die andere große Hoffnung ist mit der Tatsache verbunden, dass uns jetzt zahlreiche Instrumente zur Verfügung stehen, die für Behandlung, die Diagnose und die Prävention medikamentenresistenter Tuberkulose nützlich sind. Mit „Instrumenten“ meine ich, dass uns jetzt für die Diagnose die WHO-Empfehlungen für jede einzelne zu diagnostizierende Person mit schnellen molekularen Instrumenten zur Verfügung stehen und wir mindestens zwei vorqualifizierte Instrumente und nicht nur eines wie im Jahr 2010 haben. Die meisten dieser Instrumente sind darüber hinaus sehr miniaturisiert und zunehmend benutzerfreundlich und können daher auch weitgehend auf peripherer Ebene genutzt werden. Während meiner Zeit als Ärztin in Rumänien hätte ich mir nicht vorstellen können, dass wir eine sechsmonatige Behandlung für medikamentenresistente Tuberkulose haben würden, die nicht toxisch, aber dafür sehr effizient ist, offensichtlich gute Auswirkungen hat und zu sehr guten Behandlungsergebnissen bei den Patienten führt. Außerdem war der Zeitraum so kurz im Vergleich zu der vorherigen üblichen Behandlungsdauer von zwei Jahren. Dies ist sehr effizient und ermöglicht es den Gesundheitssystemen sicherzustellen, dass Behandlungen abgeschlossen werden. Darüber hinaus steht uns jetzt für medikamentenresistente Tuberkulose eine Behandlung zur Verfügung, die nur vier Monate dauert. Auch für die Prävention stehen uns jetzt Behandlungsverfahren zur Verfügung, die eine Dauer von nur drei Monaten oder sogar nur einem Monat haben.

Ich werde Ihnen sagen, welche Probleme wir haben und warum ich mich hier in Indien sehr motiviert fühle. Das politische Engagement und die Sichtbarkeit von Tuberkulose auf der Agenda nehmen zu, sind aber nicht sehr groß. Dennoch gibt die Tatsache, dass mehrere politische Führungspersonlichkeiten diese Krankheit sehr ernst zu nehmen scheinen, Anlass zur Hoffnung. Leider scheinen die Europäische Union und die europäische Region dies nicht zu verstehen, obwohl, wie gesagt, die Zahl

der Patienten mit medikamentenresistenter Tuberkulose in dieser Region sehr hoch ist. Grundsätzlich weisen 29 der 30 osteuropäischen Länder mit 35 000 Tuberkulose -Fällen im Jahr 2021 eine enorm hohe Anzahl an MDR-TB auf. Die Sichtbarkeit ist daher eine Sache. Die andere Sache ist das Problem, Menschen mit Tuberkulose, medikamentenresistenter Tuberkulose zu erkennen und zu behandeln, um sicherzustellen, dass ihre Krankheit möglichst frühzeitig diagnostiziert wird, bevor sie sich verbreiten kann. In der europäischen Region wurden nur 70 Prozent der erkannten Patienten mit der schnellen Molekularmethode diagnostiziert. 30 Prozent wurden mit einem Abstrich unter dem Mikroskop diagnostiziert und hier besteht ein erheblicher Mangel, weil es bedeutet, dass wir uns in Europa immer noch auf den Abstrich unter dem Mikroskop und klinische Untersuchungen verlassen. Was Menschen davon abhält ist zum einen die Möglichkeit der Ausbreitung und die Sicherstellung des Zugangs für alle und zum anderen die Finanzierung. Deutschland leistet einen großen Beitrag zu dem weltweiten Fonds und dafür bin ich dankbar, doch dieser Fonds investiert nur sehr wenig in Tuberkulose; 50 Prozent werden für die HIV-Behandlung, 32 Prozent für Malaria und nur 18 Prozent für Tuberkulose aufgewendet. Mit nur 18 Prozent für Tuberkulose können wir keine Abdeckung von 100 Prozent erwarten oder unser Ziel mit diesem finanziellen Beitrag erreichen. Es gibt Möglichkeiten, dies auf intelligente und innovative Weise anzugehen und ich möchte zum Abschluss noch sagen, dass die UN-Konferenz zu Tuberkulose am 22. September 2023, bei der wir hoffen, dass viele Staatsoberhäupter und Regierungen sich verpflichten, unsere wichtigen Aufgaben zur Beendigung von Tuberkulose zu unterstützen, eine der großen Chancen ist, die wir intensiv nutzen werden.

Meike Schwarz (Ärzte ohne Grenzen): Ich bin politische Referentin bei „Ärzte ohne Grenzen“ und zuständig für das Thema Tuberkulose. Ich werde in meinem Vortrag einige Themen, die bereits angesprochen wurden, nochmal aufgreifen, aber auch neue Aspekte ansprechen. Wir behandeln aktuell rund 15 000 Menschen mit Tuberkulose in rund 30 Ländern, davon 1 840 Menschen mit multiresistenter Tuberkulose. Wir führen vor allem ambulante und stationäre Behandlungen durch. Wir machen aber auch Prävention, Aufklärung, Diagnose und



Kontaktverfolgung. Wir geben psychosoziale sowie finanzielle und materielle Hilfe, weil wir nicht wollen, dass unsere Patientinnen und Patienten ihre Therapie vorzeitig abbrechen, weil sie sich beispielsweise das Busfahrtticket nicht erlauben können. Ich habe das Bild einer Patientin mitgebracht. Es ist eine Krankenschwester aus Usbekistan aus der Region Nukus. Sie war eine der Patientinnen, die wir im Rahmen einer klinischen Studie behandeln durften. Die Studie heißt „TB Practical“. Die haben wir im Jahr 2017 angestoßen, weil wir testen wollten, wie die zwei neue Medikamente Bedaquilin und Pretomanid in Kombination mit den zwei älteren Medikamenten Linezolid und Moxifloxacin wirken. Diese Studie haben wir im Dezember 2022 abgeschlossen und dazu gibt es mittlerweile eine Empfehlung der WHO. Wir konnten mit dieser Studie belegen, dass es möglich ist, multiresistente Tuberkulose in sechs Monaten zu behandeln. Mit der alten Standardtherapie waren hierzu 18 bis 20, teilweise bis 24 Monate notwendig. Mit der neuen Therapie ist es auch möglich, die Nebenwirkungen drastisch zu reduzieren. Bei der alten Standardtherapie ist es so, das habe ich auch immer wieder von Ärzten und Ärztinnen aus unseren Projekten gehört, dass, wenn man nur den Raum mit diesen Pillen in der Hand betreten hat, den Patienten und Patientinnen teilweise schon aufgrund des Geruchs übel wurde, weil die Nebenwirkungen so heftig sind. Sie reichen von Übelkeit, Magenbeschwerden bis hin zu Leberschäden. Ein Medikament, das man injizieren muss, löst auch Taubheit aus. Das alles fällt mit dieser Behandlung weg beziehungsweise ist drastisch reduziert. Auch ein schönes Ergebnis dieser Studie ist, dass die Wirksamkeit wesentlich höher ist. Wir haben jetzt eine Wirksamkeit von rund 90 Prozent mit diesem verkürzten Behandlungsregiment verglichen mit dem alten, da liegt die Wirksamkeit bei rund 50 Prozent. Die betreffende Patientin hatte Glück, als Krankenschwester im Krankenhaus hatte sie Zugang zu Diagnostika. Nur drei von zehn Menschen werden diagnostiziert mit Tuberkulose. Die Übrigen können nicht behandelt werden, wenn sie nicht diagnostiziert werden. Wir haben seit 2010 Zugang zu einer neuen Technologie. Das ist der GeneXpert der Firma Cepheid. Der hat die Tuberkulose-Diagnose revolutioniert. Der wurde mit hohen öffentlichen Geldern erforscht und entwickelt. Die öffentliche Förderung liegt bei rund 250 Millionen US-Dollar. Die Mehrheit dieser Gelder kommt von der US-Regierung.

Darin sind aber auch Gelder der Produktentwicklungspartnerschaft FIND enthalten. Wir haben nach wie vor mit hohen Kosten der einzelnen Testkartuschen zu kämpfen. Der aktuelle Preis für medikamentenresistenten Tuberkulose liegt bei 10 US-Dollar. Bei der multiresistenten Tuberkulose liegt der Preis bei rund 15 US-Dollar. Wir haben eine Analyse in Auftrag gegeben und die hat gezeigt, dass es möglich wäre, diese Testkartusche für schon 3 US-Dollar herzustellen. Wenn man da noch einen moderaten Gewinn aufschlägt, glauben wir, dass ein fairer und angemessener Preis 5 US-Dollar sind. Das fordern wir von der Firma Cepheid, wir zahlen nämlich seit rund zehn Jahren das Doppelte. Ich komme noch mal zu zwei anderen Beispielen, die auch illustrieren sollen, dass Tuberkulosebehandlung mit hohen Kosten verbunden ist. Und es sind diese beiden neuen Tuberkulosemedikamente, Pretomanid und Bedaquilin. Auch diese beiden Medikamente wurden wieder mit hohen öffentlichen Geldern erforscht und entwickelt, sie sind aber auch heute noch kaum erschwinglich für Menschen in ärmeren Ländern. Die Kosten für diese Kombinationstherapie, von der ich am Anfang sprach, liegen aktuell bei 570 US-Dollar. Wenn es einen Wettbewerb unter Generikaherstellern geben würde, dann wäre verschiedenen Studien zufolge der Preis von 500 US-Dollar möglich pro Therapiezyklus, also für die sechs Monate. Warum gibt es keinen Wettbewerb? Gründe sind auch hier wieder Patente, insbesondere auch Sekundärpatente auf das Medikament Bedaquilin. Sekundärpatente bedeutet, auf das ursprüngliche Medikament für einen Wirkstoff beispielsweise wird nochmal ein zweites Medikament, beispielsweise für die Darreichungsform draufgelegt. Da haben wir es heute bspw. mit Sekundärpatenten zu tun, die noch bis ins Jahr 2027 laufen, gerade in High Burden Countries wie Südafrika, Indonesien und den Philippinen. In diesem Zusammenhang erfreulich ist, ganz aktuell, dass letzte Woche, Donnerstag, das Sekundärpatent, das auch in Indien angemeldet wurde, von einem indischen Gericht abgewiesen wurde. Es wurde für nicht patentwürdig erachtet, weil es keine Neuerung darstellt. Ich will noch mal einen Aspekt in die Debatte einbringen, der schon genannt wurde. Deutschland ist ein großer Geber zum globalen Fonds. Ich finde, man sollte sich auch die Frage stellen: Wie werden Gelder effizient eingesetzt und wir glauben, dass



durch Kostensenkung für Diagnostika und Medikamente noch mehr Menschen erreicht werden können und die finanziellen Mittel, die endlich sind, noch effektiver eingesetzt werden könnten.

Ich komme zu meinem letzten Punkt, und zwar: Was kann die Politik tun? Wir glauben, und das klingt ja auch immer wieder an in der internationalen Debatte, gerade rund um den Pandemic Treaty, was öffentlich gefördert wird, muss auch öffentlich zugänglich sein. Also die Früchte öffentlicher Forschung müssen auch den Menschen zugutekommen, die dringend darauf angewiesen sind. Was kann der Bundestag tun? Wir glauben, ein Instrument könnte sein, effektive Bedingungen an die Vergabe öffentlicher Gelder zu knüpfen, auch im Hinblick beispielsweise auf neuere Behandlungsrégimente, die sich noch in der Produktionspipeline oder in der Entwicklungspipeline befinden, dass man da nochmal genau hinschaut. Was könnten weitere Instrumente sein? Transparenz ist eine der Bedingungen, die mit verknüpft sein müsste.

Transparenz, was Forschungskosten angeht, was den Anteil an diesen Forschungskosten von öffentlicher Förderung angeht, aber auch Zugang zu klinischen Studien, reine Herstellungskosten oder auch die Preisgestaltung. Was bezahlt ein Land XY oder ein Land Z, damit man Vergleichbarkeit hat? Es müssen faire Lizenzvereinbarungen getroffen werden. Lizenzvereinbarungen, die es ermöglichen, dass es einen Wettbewerb gibt und dass auch ärmere Länder Zugang haben zu diesen Medikamenten. Wir glauben auch, ein Technologietransfer könnte eine Bedingung sein, um die Produktion zu diversifizieren und langfristig für Unabhängigkeit für ärmere Länder zu sorgen.

Dr. Mel Spigelman (TB Alliance): Sie kennen die Statistiken sehr gut und wissen, dass Tuberkulose die älteste infektiöse pandemische Krankheit und - wie Lucica sagte - auch die tödlichste ist. Ich werde mich auf das Problem der Medikamentenresistenz konzentrieren, das bereits von meinen beiden Vordnern behandelt wurde. Ich möchte insbesondere über das Differential Producibility Analysis (DPA)-Programm sprechen, das wir 2012 eingeführt haben und das sich heute hoffentlich zu einem Therapiestandard entwickelt hat, der weltweit eingeführt werden muss. Dies ist eine gute Sache. Ich denke, wie Lucica und Frau Schwarz erwähnt haben, dass es uns jetzt gelungen ist, die Anzahl der verabreichten Medikamente von vier bis neun auf drei bis vier

und die Behandlungsdauer von zwei Jahren auf sechs Monate zu reduzieren und Medikamente, statt durch tägliche Injektionen oral zu verabreichen. Zu Beginn der Testphase dieses Programms betrug unsere Erfolgsrate 30 Prozent. Heute liegt die Rate bei mehr als 90 Prozent. Die Therapie weist eine geringe Toxizität auf und ist erschwinglich, worauf ich ausführlicher eingehen möchte. Wenn Sie sich die Preise der Medikamente anschauen, werden Sie feststellen, dass der Preis der in den vergangenen zehn Jahren eingeführten Medikamente für medikamentenresistente Tuberkulose, der Einführung des neuen Medikaments Pretomanid, nur ein Drittel oder nahezu zwei Fünftel des Preises der letzten beiden Einführungen betrug. Pretomanid kostet im Rahmen des Programms, das wir und die TB Alliance kontrollieren, dank der Zusammenarbeit mit MedAccess nur noch 240 US-Dollar, was sehr viel weniger ist als die Kosten für Medikamente, die seit zehn Jahren auf dem Markt sind. Der große einschränkende Faktor für uns im Hinblick auf die Produktionskosten ist das Volumen. Je mehr produziert werden kann, desto geringer sind die Stückkosten, für die der Hersteller mit einem minimalen Aufschlag in seiner Gewinnspanne verkaufen kann. Und wie in der von Frau Schwarz genannten Publikation erwähnt wird, können wir den Preis erheblich senken, wenn wir im Verlauf eines Jahres über 100 000 Stück verkaufen. Und ich denke, wir können uns sogar noch weiter verbessern. Doch derzeit besteht das Ziel darin, das Programm schnellstmöglich zu erweitern, um auf diese Zahlen zu kommen. Mit MedAccess - einer gemeinnützigen Organisation mit Hauptsitz im Vereinigten Königreich - haben wir das Ganze einfach umgedreht, um das Volumen bei dem Hersteller einbeziehen zu können, bevor es überhaupt vorhanden ist. Der Hersteller kann so ein geringes Volumen zu diesem niedrigen Preis verkaufen, bevor das Volumen vorhanden ist, und sie werden es absichern können. Das war eine enorme Verbesserung, die gegen Ende des letzten Jahres erreicht wurde. Ich wollte nur für alle auf diese verfügbare Publikation hinweisen, die wir Ihnen zusenden können. Das wurde mit Partnern realisiert, u. a. der Global Funds-Partnership und der WHO, die auf die lebensrettende Wirkung und die Kosteneinsparungen achten, die bei der Einführung jeder neuen Technologie wirklich wichtig sind, die ehrlich gesagt nicht nur sehr viel besser, sondern auch kostensparend für das System, den Patienten und alle



an der Behandlung beteiligten Parteien sein muss. Und das ist definitiv möglich. Gleichermäßen möchte ich betonen, dass Fortschritte ohne intensive Partnerschaften nicht zum Erfolg geführt werden können. Es braucht enorm viele hingebungsvolle Menschen und spezielle Organisationen, um das finale Endziel zu erreichen. Ein weiterer wichtiger Partner ist die World Hypertension League (WHL), die zum Ende des letzten Jahres die WHL-Verpflichtungserklärung herausgegeben hat, die alle Länder einlädt, die Referenz einzuführen. Der Global Funds ist ein weiterer wichtiger Partner. Darüber hinaus verweisen wir hier auch für die Länder auf den Leitfaden des Global Funds, der diese Einführung ebenfalls empfiehlt. Sie haben großartige Arbeit im Hinblick auf viele Details geleistet und konnten darüber hinaus die Einführung dieses Projekts unterstützen.

Es würde etwas fehlen, wenn ich nicht ein wenig auf die Details einer wirklich fantastischen Partnerschaft mit der WHO, dem Global TB-Programm und mit anderen auf dieser Folie aufgelisteten Partnern eingehen würde. Der jüngste Aufruf zu Maßnahmen, der im Detail in den letzten Wochen veröffentlicht wurde, ist ein wirklich starker Aufruf, aktiv zu werden, von dem wir hoffen, dass er zu einer Versammlung der führenden Köpfe der UN führen wird, um dieses Programm und seine vorgesehene weltweite Nutzung intensiv zu fördern. Erst vor kurzem haben wir uns an Ärzte in Deutschland gewandt und bieten das Medikament und das Programm jetzt auch in Deutschland an. Es gibt in Deutschland glücklicherweise nur wenige Patienten, die es benötigen, doch es steht jetzt allen Patienten in Deutschland, die das Bedaquilin, Pretomanid, Linezolid (BPaL) -Programm benötigen, sicher zur Verfügung. Eine weitere Komponente besteht in der Zusammenarbeit mit Agenturen weltweit im Hinblick auf die gesetzliche Zulassung. Bisher haben wir uns 24 Aufsichtsbehörden, die für mehr als 50 Länder zuständig sind, im Hinblick auf die Möglichkeiten der Zulassung und der BPaL-basierten medizinischen Forschung gesichert.

Ich möchte kurz auf ein Land und dessen Vorteile eingehen. Wir haben seit dem Beginn der Einführung des BPaL-Programms eng mit der Ukraine zusammengearbeitet. Die Ukraine war ein Vorreiter bei der Einführung des Programms. Und die enge Zusammenarbeit mit der Ukraine hat wirklich großartig funktioniert, da selbst unter den Bedingungen

des Krieges, die uns allen bekannt sind, die Anwendung dieses Programms fantastisch war und es dem Land ermöglicht hat, Patienten trotz des Krieges zu behandeln, um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich zu Hause zu behandeln und das Instrument in andere Regionen des Landes oder sogar Nachbarländer mitzunehmen. Ich möchte daher unsere Partner in der Ukraine und ihre fantastische Arbeit unter den in diesem Land herrschenden Bedingungen würdigen.

Wenn wir uns der Zukunft zuwenden, lautet die erste Frage: Was können wir verbessern? Basierend auf unseren Erfahrungen aus der Vergangenheit. Wir begannen 2012 mit dem BPaL-Programm zu arbeiten und das Ergebnis war bisher fantastisch, doch wir können, müssen und sollten besser werden. Wir müssen in Zukunft schneller werden als bisher. Und wenn wir genau betrachten, was wir erreicht haben und in Zukunft besser machen können, ist jetzt die Gelegenheit dazu. Wir verfügen jetzt als globale Gemeinschaft über die nötigen Mittel, neue Programme zu entwickeln, um medikamentenunempfindliche und medikamentenempfindliche Tuberkulose innerhalb einer verkürzten Zeit von zwei Monaten oder sogar einer noch kürzeren Zeit zu behandeln und das Erfordernis von Medikamentenresistenztests weiter zu reduzieren, weil die Resistenz gegen alle diese Medikamente weltweit minimal ist. Die Zukunft sieht unter den richtigen Umständen im Hinblick auf die Behandlung medikamentenresistenter Formen von Tuberkulose sehr gut aus.

Es wäre sehr unhöflich, der deutschen Regierung nicht zu danken, die die TB Alliance sehr unterstützt hat. Alle Fortschritte, die ich erwähnt habe, sind auch das Ergebnis enormer Beiträge und der Mitarbeiter der deutschen Regierung. Aus diesem Grund möchte ich Ihnen abschließend sehr herzlich danken.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Meine Frage geht an Meike Schwarz von „Ärzte ohne Grenzen“. Sie haben in Ihrem Vortrag das Problem der fehlenden „access conditions“ geschildert, das heißt, dass öffentliche Gelder in die Forschung fließen und dann nicht garantiert ist, dass gleichzeitig ein Zugang, der auch für den globalen Süden bezahlbar ist, zu den Arzneimitteln besteht. Nur gibt es mittlerweile ein Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, auch Richard Hatchett, der CEO von CEPI hat das hier im Unterausschuss uns mit auf



den Weg gegeben, dass wir den Ansatz von „access conditions“ stärker verfolgen sollten. Als Grundlage für die „access conditions“ bedarf es aber einer Transparenz. Das heißt, wir müssen wissen, welcher Anteil an Geldern in die Forschung geflossen ist, der öffentlich finanziert wurde und welcher nicht. Deswegen meine Frage, woran liegt es, dass diese Transparenzherstellung so schwierig ist. Einerseits zum Anteil der öffentlichen Forschungsgelder und andererseits hinsichtlich der Produktionskosten. Was sind die tatsächlichen Produktionskosten, die man auch über Lizenzierung vergeben könnte? Und wieviel günstiger könnten Medikamente angeboten werden, wenn es keinen Aufschlag gäbe? Es gibt einen entsprechenden Antrag der CDU und der SPD-Fraktion aus der letzten Legislaturperiode. Da scheint es Umsetzungsschwierigkeiten zu geben. Deswegen könnten Sie uns vielleicht aufklären, wo die Schwierigkeit mit der Transparenz liegt.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Frau Dr. Ditiu, wir haben in Ihren Ausführungen gehört, dass die frühzeitige Erkennung ein wesentlicher Baustein des Erfolges der Bekämpfung ist, vor allem bei der multiresistenten Tuberkulose. Jetzt haben wir leider in zunehmendem Maße parallel verlaufende Infektionsrisiken, jetzt zusätzlich Corona, die auf eine ähnliche Infektionsform, nämlich Luftübertragung, zurückzuführen sind. Sehen Sie Ihrerseits eine Chance, im Rahmen der Bekämpfung Reihen-Tests oder jedenfalls eine systematisierte Testung bei auftretenden Krankheitssymptomen herbeizuführen, um damit eine wesentlich stärkere Tiefe der Entdeckung herbeizuführen und damit schneller und tatkräftiger diagnostizieren beziehungsweise auch therapieren zu können? Und wie sind beispielsweise jetzt gerade aufgrund Ihrer Tagung in Indien die lokalen Ansätze, diesem Krankheitsbefund Herr werden zu können?

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): An alle drei bitte mit einem Satz beantworten: Alle Vortragenden finden, dass wir das SDG 3 bis 2030 einhalten werden. Ihre persönliche Meinung in einem Satz. Sehen Sie uns auf einem guten Weg?

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): Großer Respekt, dass Ärzte ohne Grenzen zu 97 Prozent von privaten Spenden leben und wir reden hier von über 200 Millionen Euro. Ich habe eine generelle Frage. Die Tuberkulose-Studie „TB Practical“ gilt als bahnbrechend, neuere, kürzere Therapieansätze, sicherer, wirksamer. Es gab oder gibt wohl Probleme mit den Kosten? Angeblich sind es 600 oder 570 US-Dollar pro Person. Ziel ist, diesen Betrag auf unter 500 US-Dollar zu senken, wie ist da der aktuelle Stand? Sind wir auf dem richtigen Weg oder ist das Ziel nicht erreichbar?

Dr. Lucica Ditiu (Stop TB Partnership): Das ist eine hervorragende Frage. Das ist in der Tat das, was geschehen ist und das ist die Zukunft. In einigen Ländern einschließlich Indien, Indonesien, Nigeria usw. kann die schnelle molekulare Diagnose aufgrund des Instruments für die Diagnose von Tuberkulose und COVID gleich sein. Um die Effizienz der Erkennung von Erkrankungen zu erhöhen, wurden daher bidirektionale Tests eingeführt. Wenn daher jemand mit einer Krankheit diagnostiziert wird, die Husten auslöst oder die Lunge befällt, ist es besser, gleichzeitig einen Tuberkulose-Test durchzuführen. Darüber hinaus stehen mehr Instrumente zur Verfügung, die für die Covid- und Tuberkulose-Diagnose oder Untersuchung einschließlich der Röntgenuntersuchung nützlich sind. Wir verfügen jetzt über tragbare Röntgengeräte mit künstlicher Intelligenz. Die Ergebnisse lassen sich sehr leicht ablesen und darüber hinaus sind Instrumente verfügbar, die kombiniert werden können und Tuberkulose und Covid erkennen können. Wir reden hier nicht von Science-Fiction. Indien praktiziert dies in einem großen Rahmen. Indonesien ebenfalls. Wir hier in Varanasi besprechen und prüfen zahlreiche innovative Ideen aus Ländern mit hoher Belastung. In der Tat hat mein Kollege von MSF im Chat - ich weiß nicht, ob Sie das sehen - über GeneXpert, die erste molekulare Schnelldiagnose, die wir seit zweieinhalb Jahren nutzen, gesprochen. Dieses Instrument wurde von der WHO qualifiziert und qualitäts-vorqualifiziert und wie der GeneXpert-Test in Indien entwickelt. Es ist ein indisches Produkt - die Kosten der Maschine sind sehr viel geringer. Dies gilt auch für die Kosten pro Test. Es sind 7,90 - nicht die 5,00, die wir uns wünschen, aber in der Tat deutlich geringer als GeneXpert. Es ermöglicht die Diagnose von Tuberkulose und Covid, eignet sich also für Beides und wird in Kürze



mit einem Röntgengerät verfügbar sein, um es in Zukunft in ein größeres Paket einzubinden. Zusammenfassend lautet die Antwort an den Kollegen: in Zukunft fordern wir die Menschen nicht mehr auf, sich auf sekundärer oder tertiärer Pflegeebene diagnostizieren zu lassen, sondern treten mit der Diagnose näher an sie heran, um effizienter zu werden und den Prozess für die Menschen zu verbessern. Es ist besser, sich über Multiplex-Instrumente für die Diagnose und Prävention von Tuberkulose und anderen auf dem Luftweg übertragbaren Krankheiten Gedanken zu machen. Wenn man in eines dieser Instrumente investiert, ist es daher sinnvoll, in ein Instrument für eine luftgetragene Pandemie zu investieren. Es ist besser, in etwas zu investieren, das gegen Tuberkulose und jede andere zukünftige Pandemie hilft.

Meike Schwarz (Ärzte ohne Grenzen): Um auf die Transparenz einzugehen, oder warum es so schwer ist, Transparenz herzustellen: Bislang hat sie soweit ich weiß, noch niemand von privatwirtschaftlichen Unternehmen eingefordert. Es ist auch schwer, Transparenz von privatwirtschaftlichen Unternehmen zu fordern, da es keinen Mechanismus gibt, dafür Sorge zu tragen, dass es Sanktionen gibt, wenn Transparenz nicht hergestellt wird. Wir verweisen gerne auf das Positivbeispiel oder vielleicht anders: Als wir angefangen haben, zum Thema Transparenz zu arbeiten, sind wir sehr oft innerhalb der Wissenschafts-Community auf die Meinung gestoßen, es sei unmöglich, Transparenz herzustellen. Wenn man sich aber Produktentwicklungspartnerschaften anguckt, wie beispielsweise die von uns unterstützte Produktentwicklungspartnerschaft DNDi, stellt man fest, dass die belegen können, wo Gelder fließen, wie hoch die Forschungsausgaben insgesamt sind. Also wenn man einen Einblick bekommen möchte, wie hoch die Ausgaben für die Entwicklung eines Produkts von der Grundlagenforschung bis zur Marktreife sind, da muss man sich DNDi angucken, was dort transparent gemacht wurde an Kosten. Ich bin der Auffassung, wenn die Politik voranschreitet und Transparenz einfordert, in den Fällen, in denen sie Projekte mit öffentliche Forschungsgeldern fördert, dann wird es vielleicht auch einen Umschwung erstens in der öffentlichen Debatte geben. Zweitens wird es auch wahrscheinlich einen Kulturumschwung geben, hinsichtlich privatwirtschaftlicher Pharmafirmen bezüglich Transparenz.

Dann vielleicht noch kurz der Punkt von Herrn Wagner, wie Transparenz und Preise miteinander zusammenhängen. Wir glauben, wenn man die größtmögliche Transparenz hergestellt hat, dann sind diejenigen, die über Preise verhandeln, dann auch in der Lage, auf Augenhöhe mit den Herstellern zu verhandeln, weil wir wissen, wie hoch denn beispielsweise die Forschungskosten waren. Das Argument der Pharmafirmen für hohe Medikamentenpreise ist in der Regel, dass die Kosten für Forschung und Entwicklung so hoch seien. Wenn man nicht weiß, wie hoch die Kosten für Forschung und Entwicklung tatsächlich sind, dann kann man auch nicht auf Augenhöhe mit den Firmen verhandeln und einen gerechten bzw. einen angemessenen Preis erzielen. Transparenz und Preise hängen also eng miteinander zusammen. Dann nochmal zum Punkt von Herrn Gerschau: Ist das Ziel 500 erreichbar? Ja, wie ich angesprochen hatte, glauben wir schon, dass diese Schwelle von 500 US-Dollar erreicht werden kann. Wenn es tatsächlich Wettbewerb gibt und dafür ist die Gestaltung von Lizenzvereinbarungen essenziell. Lassen sie zu, dass auch Generika-Firmen in der Lage sind, außerhalb bestimmter Lizenzen zu produzieren, etwa für den indischen Markt? Wenn es diesen Wettbewerb gibt, dann, so sagt uns eine Studie zumindest, ist es möglich, dass der Preis für ein sechsmonatiges Behandlungsregiment auf 500 US-Dollar sinken könnte.

Dr. Mel Spiegelman (TB Alliance): Unser gewählter Ansatz für den so unglaublich wichtigen Aspekt der Preiskalkulation besteht darin, schnellstmöglich einen engen Wettbewerb zu erzeugen und den Transfer zwischen Generika-Unternehmen nicht nur anzuregen, sondern zu fordern, wenn ein Unternehmen einen besseren und günstigeren Prozess entwickelt. Wir haben das Verfahren bei vier oder fünf weltweit führenden Generika-Unternehmen lizenziert, damit sie miteinander konkurrieren können. Unserer Ansicht nach ist der Wettbewerb zwischen den besten Generika-Unternehmen der Welt die sicherste Methode, einen erschwinglichen und nachhaltigen Preis zu erhalten. Anstatt uns Bücher zu zeigen und die Ausgaben erklären zu lassen, möchten wir, dass die Unternehmen am Markt miteinander konkurrieren. Wir glauben, dass das die besten Aussichten für die Arbeit mit Tuberkulose hat. Dieses Verfahren wenden wir an und hoffen



den Preis für das Programm auf unter 100 US-Dollar senken zu können - nicht 500 US-Dollar, sondern 100 US-Dollar. Dies ist jedoch von zukünftigen Forschungen abhängig, um das Volumen nicht nur auf 100 000 US-Dollar zu erhöhen, sondern Volumen zu erreichen, bei denen wir auch ein universelles Programm für medikamentenempfindliche Fälle haben und ich bin sehr zuversichtlich, dass eine Senkung unter maximal 100 US-Dollar möglich ist.

Tagesordnungspunkt 2

b) Globale und nationale Herausforderungen und Lösungsansätze bei der Bekämpfung multiresistenter Tuberkulose/ Die nationale Perspektive

Selbstbefassung S-20(14-1)28

Prof. Dr. Torsten Bauer (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK): Ich verrete das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und darf die nationale Perspektive heute einmal vortragen, die viele der Aspekte aufgreift, die wir gerade gehört haben, aber auch in der Ausführung etwas anders ist. Das sind die Daten, die wir hier in Deutschland für die Tuberkulose haben. Die Tuberkulose in Deutschland ist eine seltene Erkrankung. Wir hatten initial einen stetigen Abfall der Tuberkuloseerkrankten bis 2015. Mit der Flüchtlingsbewegung konnten wir einen Anstieg und dann wieder einen steten Abfall für die Zahlen der sensiblen Tuberkulose verzeichnen. Also insgesamt eine seltene Erkrankung. Und wenn wir uns die MDR (Multi-Drug Resistant) -Tuberkulose anschauen, schauen wir auf eine noch seltenere Erkrankung. 2021 hatten wir 79 MDR-Tuberkulosefälle in Deutschland zu behandeln und das Hauptherkunftsland waren die NUS-Staaten (Neuen Unabhängigen Staaten der früheren Sowjetunion). Wir haben durch den Krieg in der Ukraine, was zu erwarten war, weil die Ukraine zu der WHO-Region in Europa gehört und die höchste Inzidenz an Tuberkulose-Erkrankungen und MDR-Tuberkulose hat, einen Anstieg auf 166 Fälle, also insgesamt immer noch eine manageable Zahl für das deutsche Gesundheitswesen. Wir haben eine Besonderheit gehört zu den Therapien, ich darf es ganz simpel zusammenfassen. Bisher galt die 18 Monate individualisierte Therapie als Standard oder ein neunmonatiges WHO-Fixum, hinzugekommen sind BPaL (Kombination aus Pretomanid, Bedaquilin und

Linezolid) oder modified BPaL (mBPaL), die Therapien, über die wir gerade im internationalen Vergleich gehört haben. Wir haben in Deutschland bisher bei der MDR-Tuberkulose selten ein medikamentöses Therapieversagen gehabt, aber insgesamt 25 bis 33 Prozent nicht nachvollziehbares Therapieergebnis, das de facto auch als Therapieversagen zählt. Somit wäre eine kürzere Therapie in Deutschland auch günstiger, weil der „lost to follow up“ als Therapieversagen gewertet wird. Wie sieht die Szene in Deutschland aus? Wir haben Ihnen das hier kurz skizziert. Diese Therapiezentren im Wesentlichen hier in Berlin, Borstel leider seit November 2022 nicht mehr im stationären Betrieb, und Gauting sind Plätze, wo mehr als zehn von diesen Patienten behandelt werden. Und dann gibt es in Dortmund und in Solingen noch Therapiestationen. Das ist insgesamt eine Behandlung, die viel Wissen, viel Motivation, eine gewisse Struktur in dieser räumlich volatilen Klientel voraussetzt und eine gesicherte Finanzierung. Erlauben Sie mir dazu ein wenig darauf einzugehen. Wir haben schon Kosten im internationalen Vergleich gehört. In Deutschland sind die Medikamente noch mal wesentlich teurer. Wir haben eine Apothekenabfrage gemacht vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Wir liegen bei den 18 Monaten individualisierter Therapie bei 40 000 Euro. In der nächsten Folie haben Sie noch eine offizielle Publikation zu diesem Thema. Da wird es noch mal deutlich teurer. Die Sechs-Monats-Kombination wird nicht wesentlich billiger, die liegt dann auch immer noch im hohen fünfstelligen Bereich bei circa 55 000 Euro. Da sind überwiegend orale Medikamente, komplexes Nebenwirkungsmanagement hat auf jeden Fall die 18-monatige Therapie. Bei sechs Monaten erwarten wir etwas weniger.

Kommen wir einmal zur Finanzierung im deutschen Krankenhauswesen, das ist natürlich sehr spezifisch. Wir haben innerhalb der ersten 14 Tage eine Fallpauschale und dann werden für jede Klinik mit jeder Kasse tagesgleiche Entgelte verhandelt. Es gibt keine sogenannten Zusatzentgelte für die hier aufgelisteten Medikamente und es gibt auch keinen ausreichenden NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) -Status, zum Beispiel für das Bedaquilin. Das heißt, die Krankenhäuser bekommen diese Kosten nicht extra ersetzt, sondern nur im Rahmen der Fallpauschale. Was wir in Deutschland zusätzlich haben, ist das



Infektionsschutzgesetz, was spätestens in den letzten drei Jahren jedem vertraut sein sollte, gab es schon vor Covid. Und dort wird auch die Absonderung beschrieben, das heißt, wir haben eine Absonderungspflicht. Was wir regelhaft haben bei der Tuberkulose, das betrifft auch die sensible Tuberkulose, dass wir am Anfang eine hohe Ansteckungsfähigkeit haben und die Patienten ins Krankenhaus aufgenommen werden. 80 Prozent aller Patienten in Deutschland werden im Krankenhaus diagnostiziert und dann sinkt die Ansteckungsfähigkeit, aber letztendlich muss die Absonderung gewährleistet werden. Hier kommt ein Spieler ins Spiel, der im Nachgang diese Fälle prüft. Der medizinische Dienst der Krankenkassen prüft auf primäre und sekundäre Fehlbelegung. Primär hieße, dass der Patient gar nicht krankenhauspflchtig war in diesem Zeitpunkt und auch ambulant hätte diagnostiziert werden können und im weiteren Verlauf auf sekundäre Fehlbelegungen, dass an jedem Tag bis zu einem Jahr später geprüft wird, ob der Patient nicht hätte entlassen werden können. Bei dieser Klientel ist ein hohes Sicherheitsbedürfnis, dass die Patienten nicht mehr ansteckend sind und auf der anderen Seite sehr große Probleme in der Unterbringung außerhalb des Krankenhauses, die wir zu bewältigen haben.

Ich habe zwei Abschlussfolien.¹ Für die steigenden Zahlen an MDR-Patientinnen und -Patienten in Deutschland haben wir keine Lösung. Das sind Konflikte im Umfeld, die Zahl wird im Nachlauf des Konfliktes noch deutlich steigen. Für die hohen Diagnostik- und Therapiekosten haben wir zumindest mit der kürzeren Therapie keine Handhabe. Die Medikamentenkosten werden eher höher. Hier hoffen wir auf den internationalen Beistand, dass das auch in Deutschland hilft, für die Kliniken in Deutschland relevante Prüfung auf primäre Fehlbelegung: Hätte dieser Patient überhaupt ins Krankenhaus gemusst? Ich kann Ihnen sagen, es gibt kaum andere Stellen, wo man das diagnostizieren kann. Wir würden uns wünschen, dass die Leitlinie, die wir im DZK zusammen mit den anderen Fachgesellschaften herausgeben, vom Gesetzgeber anerkannt wird als wichtige Leitlinien auch zur primären Fehlbelegung oder wenn das Gesundheitsamt eine Absonderung nach Infektionsschutzgesetz verfügt. Bei der sekundären Fehlbelegung können wir zumindest den Vorschlag machen, dass man

eine Trennung von Behandlungs- und Unterbringungskosten vornimmt. Zum Beispiel gibt es ein Modell in Lübeck. Das Therapieergebnis sollte aus unserer Sicht stark gemonitort werden, denn in Deutschland, so ist unsere Meinung, ist das schlechte Therapieergebnis von MDR-Tuberkulose von weniger als 70 Prozent. Wir haben ein deutlich besseres Therapieergebnis bei den sensiblen Tuberkulosen aufgrund von "lost to follow up", weil die Patienten die Therapie nicht zu Ende machen. Hier schlagen wir vor, dass solche teuren Therapien nur im Rahmen von Registern durchgeführt werden können, zum Beispiel die Ventilimplantation bei Lungenemphysem wird auch nur bei Registerpatienten durchgeführt und wir wünschen uns ein flächendeckendes Netzwerk. Die kostendeckende Finanzierung könnte gelöst werden über die Lungenzentren über die Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wo die Tuberkulose in der Definition noch eine Rolle spielt, allerdings kommen wir dann wieder auf die Länderebene. Das heißt, wir laufen Gefahr, 16 verschiedene Lösungen zu haben.

Prof. Dr. Dr. Timo Ulrichs (Akkon Hochschule): Ich wollte noch mal mündlich zusammenfassen. Wir sind mit der Tuberkulose leider etwas zurückgeworfen worden, was die Kontrolle angeht, das war eine Ihrer Fragen. Wir werden ziemlich Schwierigkeiten haben, das Tuberkulose-Teilziel der SDG 3 zu erreichen bis 2030. Zurückgeworfen wurden wir vor allem durch die Covid-19-Pandemie. Hier geht man davon aus, dass etwa vier Millionen Tuberkulose-Patienten weltweit nicht diagnostiziert wurden, weil alles runtergefahren wurde. Das heißt, wir müssen davon ausgehen, dass diese Zahlen dann nochmal im Nachgang der Pandemie und durch die ganzen anderen Krisen, die wir gerade haben, nochmal stark steigen werden. Wir sehen, dass wir zwar tolle oder bessere Behandlungskonzepte haben, haben aber nach wie vor das Problem, dass wir bei der Tuberkulose keine Endpunkt-Kontrolle der Therapie haben. Auch diese andere Kombinationstherapie wird uns immer in der Unsicherheit zurücklassen, dass wir nicht wissen: Sind jetzt alle Erreger tot in den Patienten? Oder kommt er noch mal wieder mit einer Reaktivierung? Das bringt uns in die Bredouille, dass wir wesentlich schlechter therapieren können, weil wir dann noch

¹ Siehe Anlage 1 (Ausschussdrucksache 20(14-1)30NEU



mal das Risiko haben, dass weitere Resistenzen gebildet werden. Und last but not least, wir haben mit der multiresistenten Tuberkulose in Osteuropa einen Hotspot und in Zentralasien, aber auch mittlerweile im südlichen Afrika, da, wo eigentlich das HIV-Tuberkulose-Komorbiditäts-Problem im Vordergrund steht, das, was noch mal durch die Pandemie verschlimmert worden ist. Jetzt aber haben wir dort auch diese Resistenzen und wir haben eine sich sehr starkes ausbreitende HIV-Durchseuchung in Osteuropa. In der Ukraine ist es ein kleineres Problem angesichts der anderen Dramatik dort, aber in Russland zum Beispiel breitet sich HIV aus, weil keine Maßnahmen dagegen ergriffen werden. Und wir sehen und werden sehen, auch in der Zukunft, dass uns das noch in der Tuberkulose-Kontrolle auf die Füße fallen wird. Der Global Fund, der hier schon einige Male genannt worden ist, sollte auch weiterhin unterstützt werden. Es gibt Überlegungen, wie man diese vertikalen Finanzierungskonzepte von Projekten etwas besser miteinander verknüpft, also HIV-Projekte und Tuberkuloseprojekte, vor allen Dingen aber, dass man insgesamt die Gesundheitssysteme in den betroffenen High Burden Countries stärkt und die Tuberkulose-Projekte besser darin einbettet, so dass man einen Gesamtansatz hat. Das hat sich als die etwas bessere Praxis herausgestellt, weil die Projekte mit der Tuberkulosekontrolle allein sonst wenig aufgefangen werden in einem nachhaltigen Gesundheitssystem, das in diesen Ländern meistens erst noch aufgebaut werden muss. Es gibt sehr viel Arbeit und ich bin ja eigentlich auch tätig im internationalen Bereich. Wir sehen immer so ein Abbild der Tuberkulose-Problematik hier in Deutschland, aber eben sehr klein und überschaubar. Wir müssen sehen, dass wir die WHO und den Global Fund insgesamt unterstützen und das wäre im Prinzip auch mein Plädoyer.

Prof. Dr. Michael Hoelscher (Deutsches Zentrum für Infektionsforschung DZIF, LMU Klinikum München): Ich bin gerade mit Frau Stark-Watzinger auf Südafrikareise und versuche beizutragen, dass die globale Gesundheit weiter auf der Agenda des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) steht. Ich hätte Ihnen jetzt gerne unsere Aktivitäten in der Tuberkulose gezeigt am Beispiel der Entwicklung des Medikamentes Benzothiazinon (BTZ) 043, mit Slides natürlich einfacher, aber so jetzt kann ich Ihnen erklären, dass wir es

geschafft haben, in den letzten 15 Jahren in Deutschland Strukturen aufzubauen, die die Entwicklung neuer Medikamente im akademisch-wissenschaftlichen Bereich auf eine professionelle Art und Weise ermöglichen. Ähnlich wie es bei den PPPs funktioniert, vielleicht noch nicht in dem ganzen großen Ausmaß, aber doch in einer sehr guten professionellen Qualität. Und hier ist das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) eine maßgebende Infrastruktur, die geschaffen wurde. Wenn man so zurückblickt, dann wurde das BTZ am Hans-Knöll-Institut in Jena entwickelt 2006, zur gleichen Zeit haben wir am Tropeninstitut einen großen Brand von der European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) bekommen, PanACEA, um in Afrika neue Tuberkulose-Medikamente zu entwickeln. Auch in Zusammenarbeit mit der TB Alliance und 2012, wie Sie alle wissen, wurde das DZIF gegründet. Wir haben da sieben verschiedene thematische Schwerpunkte. Eins davon ist die Tuberkulose. Und was ganz wichtig ist: Wir haben dort zwei Infrastrukturelemente, die Product Development Unit, die sich damit befasst: Wie können wir neue Health Innovationen auch transnational umsetzen und die Clinical Trials Unit sowohl für nationale Projekte in Köln als auch für internationale Projekte global. Wir haben dann 2015, also leider sechs Jahre nach der Entdeckung des BTZ, eine Partnerschaft zwischen dem Hans-Knöll-Institut und dem Tropeninstitut München entwickelt. Vorausgegangen war eine nicht gut funktionierende Ausgliederung an eine kleine Pharmafirma. Und wir haben dann in einer Rekordzeit von drei Jahren die präklinische Entwicklung und die Phase eins und den Beginn der Phase zwei und die Produktion in Good Manufacturing Practice (GMP) für dieses neue Medikament gemacht. Das war möglich dadurch und das ist eines der wichtigen Sachen, dass wir eine wirklich sehr hervorragende Finanzierung in Deutschland, sowohl durch das Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in Höhe von ungefähr 9 Millionen Euro über verschiedene Kanäle, aber auch durch regionale Unterstützung sowohl aus Bayern als auch aus Thüringen jeweils von knapp drei Millionen bekommen hatten. Und damit hatten wir diese Entwicklung und Herr Spigelman hat es auch erklärt, man entwickelt erst das Medikament allein und das hatten wir damit abgeschlossen. In der Phase II testet man es über 14 Tage an



Tuberkulose-Patienten zuerst und da hat man gesehen, dass die Medikamente gut wirkten und auch sehr verträglich sind. Und dann kommt die nächste Phase. Wie man Medikamente entwickelt, das hat sich wirklich in den letzten sieben, acht Jahren dramatisch verändert. Während früher Medikamente bis zur Zulassung als singuläre Add-Ons auf eine singuläre bestehende Therapie entwickelt wurden, denkt man jetzt in Regimen, also in Kombination von neuen Medikamenten, mit denen wir die Multiresistenz, die MDR übergehen oder verhindern können. Man sieht das an Bedaquilin. Das wurde entwickelt und man hatte noch keine guten Kombinationspartner. Und sie sehen, erst jetzt, ungefähr zehn, zwölf Jahre nach der Lizenzierung, haben wir die richtigen Regime gefunden. Der Nachteil daran ist, dass es jetzt für Bedaquilin schon erhebliche Resistenzen wieder in weiten Bereichen der Welt gibt. So haben wir 2018 eine Konferenz in München gemacht, wo wir alle wichtigen Entwicklungspartner, Medikamentenhersteller, zusammengebracht haben und haben dort gemeinsam beschlossen, dass wir die frühe klinische Entwicklung in der Phase II gemeinsam machen müssen. Die TB Alliance war dabei, das ist JSK, Janssen, Otsuka, die Gates Foundation und wir haben uns damals an die Bundesregierung gewandt. Und die haben uns eine sehr großzügige Unterstützung von 25 Millionen zugesagt. Aus dieser Initiative ist auf der USA-Seite die PanTB-Organisation von der Gates-Stiftung geworden und in Europa Academia and Industry united innovation and treatment for tuberculosis (UNITE4TB), das ist jetzt seit anderthalb Jahren finanziert, hat ein Finanzierungsvolumen von 185 Millionen Euro, wurde unterstützt von der Bundesregierung mit 25 Millionen Euro. Und das Besondere daran ist, dass die Finanzierung des BTZ-Teils des Klinikums auf der Pharma-Seite ist und wir konnten damit diesen Call sehr massiv beeinflussen. Innovative medicines initiative (IMI) funktioniert so, dass die Pharma vorgibt und dann die Kommission das Geld matcht und mit 25 Millionen plus 5 Millionen der LMU haben wir mit 30 Millionen Euro größtenteils dazu beigetragen. Die anderen Pharma-Firmen haben noch mal 60 Millionen dazugelegt und darum kommen wir jetzt auf 185 Millionen Euro. Das Besondere ist, dass wir jetzt in der Phase II B multiple Kombination neuer Medikamente testen, sodass wir ungefähr in drei Jahren mindestens zwei neue Regime haben, die

dann einem PanTB-Regime entsprechen. Wir werden ungefähr 2026, 2027 in die Phase III gehen und hier möchten wir appellieren: In Deutschland gibt es noch nicht so gute Finanzierungsmöglichkeiten für Phase III. Das werden wir global machen müssen. Aber die Forschungsförderung für die globale Gesundheit, glaube ich, steht im Moment schon auf dem Spiel. Dann müssen wir gemeinsam an den Bundestag appellieren, dass wir die Professionalität, die wir in Deutschland haben, nicht verlieren.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Herr Professor Hoelscher, ich bin als Thüringer Abgeordnete besonders stolz, dass BTZ in Jena entdeckt worden ist, wo ich studiert habe. Es wird gerade für die Studie, die Sie erwähnt haben, in Gera produziert von der Firma HAPILA, die ich letzte Woche besuchen konnte. Das ist ein großartiges mittelständisches Unternehmen mit 24 Mitarbeitern und da wird gerade Großes geleistet. Sie hatten schon ausgeführt, Sie würden sich Verbesserungen wünschen in der Finanzierung, vor allem in bestimmten Phasen klinischer Studien, gerade für Medikamente, bei denen es wenig kommerziellen Anreiz gibt, wie bei Tuberkulose, wo vor allem die Menschen des Globalen Südens betroffen sind. Für uns als Unterausschuss ist es gut zu wissen, wo Sie parlamentarisch Ansatzpunkte sehen, welche Phasen klinischer Studien besser unterstützt werden könnten. Sie hatten die Phase III schon erwähnt. Was konkret sollte in der Finanzierung besser werden?

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ich vermute, dass hierzu auch sehr gut Professor Hoelscher Aussagen machen kann. Sie haben sehr vielversprechende Ansätze beschrieben. Allerdings habe ich etwas durchgehört, dass zwischen diesen Ansätzen die durchgreifende Langfriststrategie sowohl für die Forschung als auch in Zusammenarbeit mit der Praxis fehlt. Wäre es aus Ihrer Sicht hilfreich und sinnvoll, zur Sensibilisierung für dieses Thema eine nationale Strategie Tuberkulose aufzulegen, aus der dann tatsächlich auch in der Verlässlichkeit für dieses Vorhaben ein Planungszeitraum definiert wird, auch mit Blick auf SDG 3, das uns ja auch etwas unter Handlungsdruck setzt?

Abg. **Johannes Wagner** (DIE GRÜNEN): Ich nutze die Gelegenheit, sofern die Vorrednerin noch im



Raum ist, an Sie drei eine Frage zu richten. Können Sie nochmal auf Forderungen von Frau Schwarz eingehen, bei denen es darum geht, wie die Transparenz generell in der Forschung erhöht werden kann, damit auch bei der Preisgestaltung eine Diskussion auf Augenhöhe möglich ist.

Der **Vorsitzende**: Ich würde gerne eine Frage speziell zu Torsten Bauer und Timo Ulrichs stellen. Die Problematik der Krankenhausbehandlungen von MDR-Tuberkulose stellt eine Herausforderung dar. Es gibt keine ZEs, keine NUBs, wie berichtet worden ist, aber wie schwierig ist es in Wirklichkeit, wenn es heißt, dass die Kostenträger die Zeiten im Krankenhaus kontrollieren. Gibt es da aus medizinischer Sicht die Sorge, dass man versehentlich oder absichtlich Leute zu früh entlässt und damit auch weitere Infektionsketten auslösen könnte?

Prof. Dr. Michael Hoelscher (Deutsches Zentrum für Infektionsforschung DZIF, LMU Klinikum München): Die deutschen Zentren zum Beispiel sind komfortabel finanziert bis zum Abschluss der Phase eins. Damit können wir die Prä-Klinik und die Trans- und die erste Sicherheit machen. Alles danach wird sehr teuer. Ich habe gezeigt, dass das einschließlich Phase II A ist. Das sind ungefähr 15 Millionen, bis wir nachher die richtigen Regime haben, kostet es ungefähr 60 Millionen Euro. Das sind Finanzierungen, die man wahrscheinlich nur auf Bedarf anfragen kann. Ich denke, es macht keinen Sinn, dass wir jetzt ein ganzes Programm machen, und nachher kommt kein neues Medikament oder kein neues Diagnostikum. Das wird auch in Deutschland sehr viel finanziert. Aber ich glaube, man sollte einen Fonds haben oder die Finanzierung in der Flexibilität haben, um das vorherzusehen. Wir können jetzt im Prinzip sagen, dass wir für die Phase III wahrscheinlich so um die 200-400 Millionen Euro brauchen. Das wird sicher nicht aus Deutschland finanzierbar sein. Wir gehen da im Moment Wege mit der WHO, mit dem Global Fund zusammen, mit TB Alliance, mit der Melinda-Gates-Foundation und anderen großen Organisationen. Aber ich glaube, damit man die Identifizierung für ein deutsches Medikament noch behält, braucht man auch eine Korps-Finanzierung vielleicht nochmal in der Größenordnung von 50 Millionen Euro. Das wird in den nächsten vier, fünf Jah-

ren kommen. Darüber spreche ich mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die natürlich im Moment keine Mittel zur Verfügung stellen können. Aber solche Sachen sollte man langfristig machen. Das heißt, es sollte einen Mechanismus geben, wenn man absehen kann und glaubhaft sagen kann, man entwickelt auch aus dem wissenschaftlichen Bereich solche Sachen transnational, dann wäre es gut, wenn es da irgendwie ein Schema geben würde, auf das man sich berufen könnte.

Wir haben es mit zwei Sachen zu tun. Zum einen wird der Großteil der Forschung in den Pharmafirmen durch die öffentliche Hand finanziert. Also bei den Tuberkulose-Medikamenten ist es wirklich so, dass die Erforschung von Janssen oder von GlaxoSmithKline (GSK) oder so primär entweder durch die Melinda-Gates-Foundation oder durch die öffentliche Hand finanziert wird. Da gibt es immer eine Co-Finanzierung durch die Firma in Form von Personal und der ganzen Infrastruktur. Und die ist nicht zu unterschätzen. Und das ist sicher noch mal das Gleiche, was die öffentliche Hand dazu gibt. Aber daran kann man ungefähr abschätzen, wie hoch die Kosten sind. Und man muss natürlich auch sagen, dass die Leute, die diese Medikamente entwickeln, innerhalb ihrer Firma, und ich merke das jeden Tag, massiv für ihre Medikamente und die globale Gesundheit kämpfen, weil sie innerhalb der Firmen eher einen schwierigen Stand haben. Ich glaube, das ist wichtig zu verstehen, dass sie einen dramatisch wichtigen Beitrag auch für das langfristige Marketing machen. Wie viel danach abgeschöpft wird, ich glaube, da muss man versuchen, die Preise noch dramatisch zu senken. Weil ich glaube, die Kosten für beispielsweise Delamanid sind trotz der schwierigen Herstellung nicht vertretbar.

Prof. Dr. Torsten Bauer (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK): Ich wiederhole Ihre Frage, ob diese Konstellation dazu führt, dass Therapien abgebrochen werden und sich die Erkrankung unter Umständen weiter ausbreitet. Das ist genau das, was passiert. Die aktuelle Finanzierung einer MDR-Tuberkulose ist nicht auskömmlich, das heißt, das Krankenhaus verliert jeden Tag Geld. Wenn es jemand merkt, versucht man sich dieser Patienten in den ambulanten Raum zu entledigen und dort sind die Gesundheitsämter zuständig, in irgendeiner Form ein Konstrukt zu



machen, wo dann diese Tabletten wieder regelmäßig eingenommen werden. Und das ist eben mal so gestreut, wie ich es Ihnen dargestellt habe, in Deutschland schwierig zu organisieren. Deshalb haben wir die Forderung, bei so hochpreisigen Therapien, das in einem Register zu machen, dass man weiß, wo die Patienten sind, ob sie es nehmen und ob sie die Therapie abgeschlossen haben.

Prof. Dr. Dr. Timo Ulrichs (Akkon Hochschule): Wir haben in Deutschland kein nationales Tuberkulose-Programm, wie das viele andere Länder haben, weil wir nur sehr wenige Fälle haben. Aber hier wäre angezeigt, da stimme ich Ihnen völlig zu, dass man genau hierfür ein Konzept erarbeitet, denn eine multiresistente Tuberkulose zu behandeln, das ist nicht mit der Logik der Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Abrechnungen in Krankenhäusern vereinbar. Das ist das eine und dann noch die Frage nach der Transparenz. In der Forschung, da versuche ich vielleicht nochmal, weil schon sehr viel dazu gesagt worden ist, den Blick zu weiten über die Medikamentenentwicklung hinaus Richtung Impfstoffe. Wir hatten gerade letzte Woche ein Tuberkulose-Symposium anlässlich des Welt-Tuberkulose-Tags, und da wurden neue Kandidaten und auch welche, die sich in der klinischen Testung befinden, vorgestellt mit dem aktuellen Stand. Es gibt welche, die auch in Deutschland entwickelt worden sind, die zwar leider keine Gamechanger sein werden, aber letztendlich gelten diese Bedingungen, die genannt worden sind für die Medikamentenentwicklung auch für die Impfstoffentwicklung: Nämlich, dass man hier Transparenz schaffen sollte, gucken sollte, wie so etwas finanziert wird und sollte es einen Kandidaten geben, der prä- und postexpositionsprophylaktisch wirken kann. Dann wäre das auch etwas, wo die WHO mit anderen reingehen sollte und auch mit deutscher Unterstützung dafür Sorge tragen sollte, dass solche Impfstoffe dann möglichst schnell in die High Burden Countries kommen. Es ist zu hoffen, dass basierend auf der mRNA-Technologie möglicherweise nochmal so ein besser wirksamer Impfstoff aus Deutschland kommen könnte.

Der **Vorsitzende**: Ich würde jetzt gerne den Tagesordnungspunkt Verschiedenes aufrufen. Hier sind es fünf TOPs, die ich ganz kurz abarbeiten möchte. Zunächst rufe ich die geänderte Arbeitsweise des

Unterausschusses auf, die Ihnen als Ausschussdrucksache zugegangen ist, diese ist aufgrund von Änderungen der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages angepasst worden. Die Änderung setzt sich jetzt analog zum Hauptausschuss um. Wer stimmt der geänderten Arbeitsweise zu? Bitte mit Handzeichen. Das ist einstimmig so beschlossen. Dann zum Punkt zwei möchte ich noch auf die Sitzung des Parlamentarischen Beirates "End Polio Now" am Mittwoch, 19. April 2023 von acht bis neun Uhr im Jakob-Kaiser-Haus, Raum 6.556 hinweisen. Wir werden einen Statusbericht zur Polio-Bekämpfung in Afghanistan mit Ihnen teilen. Als Gastredner freuen wir uns, Herrn Doktor Hamid Jafari, Direktor der Polio-Ausrottung in der östlichen Mittelmeerregion der Weltgesundheitsorganisation begrüßen zu dürfen. Punkt drei noch ein Hinweis, und zwar zum Virchow-Preis für Global Health. Parlamentarierinnen und Parlamentarier gehören zu den direkten nominierungsberechtigten Persönlichkeiten. Die Nominierungsphase läuft noch bis zu diesem Freitag, den 31. März 2023. Unsere nächste Sitzung ist für den 24. April angesetzt. Anlässlich des 75-jährigen Bestehens der WHO geht es dabei um die Rolle der WHO sowie um den Pandemievertrag und die Reformen der internationalen Gesundheitsvorschriften.

Schluss der Sitzung: 19.18 Uhr

Gez.

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Vorsitzender