

Vielfalt als Instrument der Gesundheitspolitik

Dr. Erich Schröder

Leiter Gesundheitspolitik der Schwarz Pharma Deutschland GmbH
Lehrbeauftragter am RheinAhrCampus der Fachhochschule Koblenz
01.08.2006

Unser Gesundheitssystem braucht einen Kurs

Wohin steuert die Gesundheitspolitik? Was sind die Endpunkte, an denen sich der Kurs ausrichtet? Und welcher Kurs liegt eigentlich an?

Für den gesundheitspolitischen Beobachter ist es nicht einfach, in der bunten Menge der Nachrichten überhaupt einen klaren Kurs zu erkennen. Die Kompassnadel scheint wild zwischen unterschiedlichen Polen zu schwanken.

Klar ist nur eines: Wenn kein zusätzliches Geld hereinkommt, sei es über höhere Beiträge oder auf anderen Wegen, dann kann das heutige Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen nicht gehalten werden – oder es entstehen Defizite.

Auch die Ursachen dieser Diagnose sind wohlbekannt: die demographische Entwicklung, der rasch wachsende medizinische Fortschritt, die Arbeitslosigkeit, Ansprüche der Patienten und nicht zuletzt immer noch finanzielle „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV.

Eine typische Reaktion der Gesundheitspolitik bei akuten Defiziten in der GKV war stets, mögliche Begrenzungen der Kosten ausfindig zu machen und diese in immer neuen Gesetzen zu verankern. Mit den meisten dieser Gesetze wurde versucht, an den Arzneimittelkosten zu sparen. Das hielt selten länger vor, so dass sich beim Inkrafttreten eines Gesetzes meist schon die Notwendigkeit des nächsten abzeichnete. In der Folge kamen solche kostensenkenden Gesetze in immer kürzeren Abständen, zuletzt etwa jährlich.

Endpunkte und langfristige Ziele sind für den Beobachter nicht zu erkennen, vielmehr handelt sich unser Gesundheitssystem mit kurzfristig stabilisierenden Maßnahmen bildlich von Welle zu Welle. Der Weg wird zum Ziel. Aber wohin wird er uns führen?

Arzneimittelkosten im Fokus

In der Wahl seiner Instrumente zur Senkung der Arzneimittelkosten zeigte sich der Gesetzgeber bisher sehr ideenreich:

Negativliste, Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse, Aut-idem-Regelung, Festbeträge, Zwangsrabatte, Rabattmechanismen, Preismoratorien, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Arzneimittelregresse, Zielvereinbarungen und Nutzenbewertungen. Ärzte und Apotheker wurden ebenso unter Druck gesetzt wie die Pharmaindustrie.

Bei dieser geballten Portion gesetzlicher Einflussmaßnahmen erscheint es zunächst erstaunlich, dass die erhoffte und immer wieder propagierte nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitswesens ausbleibt. Doch dafür gibt es zwei einfache Gründe:

- Arzneimittel machen nur einen kleinen Teil der GKV-Gesamtkosten aus;
- Weit aus die meisten Arzneimittelverordnungen sind medizinisch notwendig und korrekt.

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV entstanden im Quartal I/2006 Gesamtausgaben in Höhe von 35,968 Milliarden € Davon entfielen auf Arzneimittel 6,3 Milliarden €, das entspricht 17,5%. Die Arzneimittelkosten insgesamt stiegen in den letzten

12 Jahren ziemlich konstant um durchschnittlich 6%. Schwankungen sind politisch bedingt. Eine „Kostenexplosion“ sieht anders aus. Selbst eine theoretische Senkung der Arzneimittelkosten in diesem Quartal um brachiale 10% hätte das Gesamtsystem gerade einmal um 1,75% entlastet. Damit lässt sich das Gesundheitssystem sicher nicht nachhaltig stabilisieren. Ist der gesundheitspolitische Fokus auf den Arzneimittelkosten dann überhaupt noch sinnvoll platziert?

Darüber hinaus scheint das immer wieder gern beschworene „Einsparpotenzial“ im Arzneimittelbereich medizinischen Argumentationen kaum standzuhalten. Anders ist nicht zu erklären, dass Ärzte, die selbst an Verordnungen ja nichts verdienen, auch unter Androhungen existenzgefährdender Regresse nicht weniger, sondern mehr verordnen als jeweils im Vorjahr. Sie sind ganz offensichtlich von der Notwendigkeit dieser Verordnungen aus ihrer ärztlichen Sicht überzeugt.

Analogpräparate – nüchtern betrachtet

Das betrifft insbesondere auch die so genannten Analogpräparate, von interessierter Seite gern polemisch als „Me-too-Präparate“, „Scheininnovationen“ u.ä. verteufelt. Schon der Begriff „Me-too“ geht semantisch fehl, da es sich meist um Parallelentwicklungen handelt. Das wird schnell klar, wenn man sich die Entwicklungsdauer eines Arzneimittels bis zur Marktreife vor Augen führt - diese liegt zwischen 5 und 10 Jahren, je nach Ausgangslage.

Die vielfach ausgesprochene Empfehlung, auf Analogpräparate zugunsten von so genannten „Leitsubstanzen“ zu verzichten, ist weder klug noch sachgerecht. Gleiches gilt für eine Quotierung der „Me-too-Präparate“ aus einer willkürlich zusammengestellten Liste.

„Leitsubstanz“ ist in einer Gruppe von Analogpräparaten meist das erste im Markt erscheinende Produkt. Dabei spricht allerdings nichts dafür, dass dieses auch das beste Produkt seiner Gruppe ist, seine einzige sichere Qualifikation liegt darin, dass es auch zuerst generisch werden wird. Das scheint für manchen das wichtigste zu sein, denn unisono wird dennoch betont, dass Analogprodukte therapeutisch gleichwertig seien.

Der Verzicht auf Analogpräparate bringt dagegen kaum Kosteneinsparungen. Wenn die Therapie erforderlich ist, dann hat auch die Leitsubstanz ihren Preis, oft nicht oder nur kaum geringer als der eines Analogpräparates. Die Einsparung kann also höchstens in einer evtl. Preisdifferenz liegen. Bedenklich sind insbesondere auch die genannten Pauschalaussagen, die die Wirkungsunterschiede der Analogpräparate schlicht negieren.

Ein Beispiel: Ermitteln Sie doch einmal die tagesaktuellen tatsächlichen Preisdifferenzen zwischen Pantoprazol (patentgeschützt) und Omeprazol (generische „Leitsubstanz“), beide übrigens festbetrags geregelt. Sie sind relativ gering. Vergleichen Sie als nächstes einmal die Fachinformationen oder die Beipackzettel. Omeprazol hat im Vergleich zu Pantoprazol eine lange Liste mit Wechselwirkungen. Pantoprazol, die „Analogsubstanz“, hat offensichtlich ein erheblich geringeres Wechselwirkungspotenzial. Therapeutisch gleichwertig? Patienten, die gleichzeitig andere Arzneimittel einnehmen müssen, sehen das anders!

Auswirkungen für die Pharmaindustrie in Deutschland

Die mit dem AVWG auch für patentgeschützte Analogpräparate eingeführten Festbeträge machen den Preisunterschied zwischen Leitsubstanz und Analogsubstanzen ohnehin noch geringfügiger. Sie senken den Preis für patentgeschützte Produkte praktisch auf Generikapreisniveau. Was zunächst wie ein politischer Erfolg zur Kostensenkung aussieht, könnte sich allerdings nachträglich als ein Spiel mit erheblichen Risiken und Nebenwirkungen

herausstellen. Verfolgen wir einmal weiter, wo dieser aktuell eingeschlagene Kurs hinführen wird:

Bereits heute hat es für die forschende Pharmaindustrie schon keinen wirklichen Sinn mehr, neue Analogpräparate für den deutschen Markt zu entwickeln. Mit Generikapreisen sind deren Entwicklungskosten nicht zu finanzieren. Die Auswirkungen dieses Verzichts werden sich aber erst in einigen Jahren zeigen – wenn eben diese Neuentwicklungen auf dem Markt fehlen. Natürlich kann man grundsätzlich auch ausschließlich mit Generika eine medizinische Grundversorgung sicherstellen, diese erfolgt dann allerdings auf dem medizinischen Niveau von vor 10 Jahren. Es würde auch bald ein grauer oder auch offizieller Markt mit höherwertigen Arzneimitteln entstehen, die aus dem Ausland ins Land kommen.

Herstellung und Vertrieb von Generika unter staatlicher Preisvorgabe wären von relativ kleinen Industrieinheiten zu realisieren. Eine forschende Arzneimittelindustrie würde sich dort nicht halten können, wo Forschung sich nicht mehr rentiert. Hochwertige Arbeitsplätze würden nicht weiter entstehen, vorhandene verloren gehen. Der Pharma-Forschungsstandort Deutschland, früher die „Apotheke der Welt“, würde in der Bedeutungslosigkeit versinken.

Arzneimittelfalt sichert den Fortschritt

Die vielleicht gravierendste Nebenwirkung in diesem aktuellen Szenario wäre allerdings der Verlust der Arzneimittelfalt. Gerade diese Vielfalt garantiert Stabilität und sinnvolle Evolution in der Arzneimittelentwicklung. Ein großer Teil des beachtlichen pharmazeutischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte beruht auf Schritttinnovationen. Die Auswahl der Besten unter vergleichbaren Analogsubstanzen ist dazu ein wichtiger Beitrag. Diese Auswahl kann im Sinne einer Evolution nur der Markt treffen, mit seinen täglich wachsenden Erfahrungen und den Ansprüchen der Ärzte und der Patienten.

Es wird größter Wert darauf gelegt, in der Pflanzen- und Tierwelt die Artenvielfalt zu erhalten. Man weiß, wie wichtig dort die Vielfalt für Evolution und Stabilität der Natur ist. Solche Überlegungen lassen sich ohne weiteres auf andere komplexe Systeme wie z.B. den Arzneimittelmarkt übertragen.

Es ist daher einfältig, auf Vielfalt zu verzichten. Der Selektionsprozess des Marktes als Instrument der Evolution ist durch keine wie auch immer geartete staatliche Instanz zu ersetzen. Mit dem Versuch, diesen Prozess durch ein „unabhängiges Institut“ vornehmen zu lassen, wird Evolution durch Willkür ersetzt. Die weit reichenden Auswirkungen auf den pharmazeutischen Fortschritt und letztlich auf die medizinische Behandlungsqualität stehen im deutlichen Missverhältnis zu den relativ geringen tatsächlich eingesparten Kosten. Wollen wir das wirklich?

Vielfalt als politische Strategie

Zurück zum Ausgangspunkt: Unser Gesundheitssystem ist überlastet, die GKV braucht mehr Geld oder muss ihr Leistungsangebot reduzieren. Die Gesundheits-Vollkaskoversicherung für alle stößt an ihre Grenzen, oder sie wird so teuer, dass wir sie uns nicht mehr leisten können. Die Kostensenkungsanstrengungen der letzten 10 Gesundheitsreformgesetze, insbesondere im Arzneimittelbereich waren letztlich Augenwischerei, kein Systemproblem wurde dadurch gelöst. Sie bergen nunmehr durch den Verlust der Vielfalt erhebliche Risiken bezüglich der zukünftigen Versorgungsqualität. Notwendige Leistungsbegrenzungen und –ausschlüsse in der GKV müssen und dürfen aber die Qualität der angebotenen Medizin nicht beeinträchtigen. Andere, weiter greifende Lösungen sind gefragt.

Die GKV war in ihrem segensreichen Ursprung die gesundheitliche Absicherung einer verarmten Arbeiterklasse. Die heutige Realität ist davon weit entfernt. Deutschland hat sich weiter entwickelt, die starren Strukturen unseres Gesundheitssystems konnten dem Tempo dieser Entwicklung offensichtlich nicht folgen. Sie sind heute nicht mehr zeitgemäß. Nur langsam beginnt die Gesundheitspolitik damit, neue und flexiblere Strukturen zuzulassen. Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren sind Beispiele solcher neuen Strukturen. In diesen Prozess müssen aber auch die Krankenversicherungen einbezogen werden. Der heutige Weg in Richtung einer weiterhin starren Vollkasko-Einheitskasse ist ein Irrweg, er geht auch an den tatsächlichen Bevölkerungsstrukturen und -bedürfnissen vorbei. Vielfalt im Wettbewerb mit flexiblen Versicherungsstrukturen wäre dagegen auch für die GKV das richtige Rezept für eine sinnvolle Weiterentwicklung. Eine Gesundheitspolitik, die sich neuen Strukturen öffnet und Vielfalt ermöglicht, wird im Wettbewerb und Leistungsvergleich ihren Kurs wieder finden.