

26. Januar 2010  
Berlin

**„Gesundheitspolitik 2010 – Was denken die  
Menschen?“**

Statement von:

Cornelia Yzer  
Hauptgeschäftsführerin

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Meine Damen und Herren,

**Seite 2/6**

Bundesgesundheitsminister Rösler ist nicht zu beneiden: Er muss nachholen, was Vorgängerregierungen versäumt haben. Er muss das Gesundheitssystem nachhaltig finanzieren. Seit gestern wissen wir, dass etwa für die Versicherten der DAK die mit dem Gesundheitsfonds angelegten Zusatzbeiträge Realität werden. Der Spitzenverband Bund prognostiziert, dass im Laufe des Jahres weitere Kassen folgen werden. Angesichts dieser Lage wird niemand im Gesundheitswesen der Frage ausweichen können, wie effizient seine Leistungen sind. Die forschenden Pharma-Unternehmen stellen sich dieser Frage. Wir sind überzeugt, den Nutzen unserer Produkte für das Gesundheitssystem darlegen und ihre Kosten rechtfertigen zu können. Wir stehen daher zu einer stringenten Kosten-Nutzen-Bewertung, für die sich auch der Bundesgesundheitsminister in diesen Tagen noch einmal ausgesprochen hat. Unser Angebot steht, das IQWiG, das seit langem den Auftrag hat, derartige Bewertungen nach internationalen Standards durchzuführen, auf diesem Weg konstruktiv zu begleiten. Ferner können Verträge zwischen Kostenträgern und Herstellern zu mehr Versorgungseffizienz und damit auch zu mehr Kosteneffizienz führen. Beide Wege sieht der Koalitionsvertrag vor und wir stehen zu unserem Wort, dass wir bereit sind, beide Wege zu gehen. Ich werde am Schluss meiner Ausführungen noch ausführlicher dazu Stellung nehmen.

Ohne dass die meisten Menschen wohl etwas mit dem technischen Begriff der „Kosten-Nutzen-Bewertung“ anfangen können, haben sie doch einen klaren Blick für das zu Grunde liegende Problem, nämlich das Verhältnis von Medizin und Ökonomie: 76% der Menschen in Deutschland halten das medizinische Versorgungs-

niveau für gut. Ein Spitzenwert! Aber fast genauso viele Menschen meinen, dass im Gesundheitswesen Geld verschwendet wird. Rund 65% sind der Auffassung, dass es zu teuer und zu kompliziert ist.

**Seite 3/6**

Wertschätzung für das Versorgungsniveau im deutschen Gesundheitswesen, verbunden mit der Einschätzung, dass sich dies nicht ohne Weiteres und ohne politische Anstrengung beibehalten lässt. So fasse ich die Ergebnisse der vorliegenden TNS-EMNID-Umfrage zusammen.

Und in der Tat ist die Versorgung durch das deutsche Gesundheitssystem gut. Das gilt jedenfalls oft, aber leider nicht immer. Das gilt für viele, aber leider nicht für alle. Denn der Zugang zu medizinischen Innovationen wird von 46% der Befragten als nicht ausreichend angesehen. Überraschen kann dieser Befund nicht, denn Deutschland ist in puncto Einsatz moderner Medikamente tatsächlich europäisches Schlusslicht: Nur 6,0 Prozent der Ausgaben entfielen 2007 in Deutschland auf Innovationen, die in den fünf Jahren zuvor auf den Markt gekommen waren.

Auch ist unser Gesundheitssystem, das heute medizinisch noch immer Vieles leistet, leider nicht zukunftsfest. Auf den demografischen Wandel unserer Gesellschaft hat es keine überzeugende Antwort. Die Frage, wie immer weniger junge Menschen ihre eigene Gesundheit und die einer steigenden Zahl von alten Menschen finanzieren sollen, hängt immer noch wie ein Damoklesschwert über uns.

Muss sich also alles ändern, damit alles bleiben kann wie es ist? Jedenfalls wird die Politik vor der nicht geringen Herausforderung stehen, den Menschen zu vermitteln, dass man an einem hohen Versorgungsniveau

festhalten will und gerade deshalb ein besseres Finanzierungsmodell sucht. Diese politische Operation wird sicher schwierig durchzuführen sein, ist aber mit Blick auf die Nachhaltigkeit eines insgesamt immer noch medizinisch erfolgreichen Gesundheitssystems unerlässlich!

**Seite 4/6**

Auf dem Radar des Gesundheitssystems zeigt sich jedenfalls die zentrale Herausforderung der Zukunft. Der steigende medizinische Mehrbedarf einer älter werdenden Gesellschaft, die zugleich immer mehr Therapieoptionen an die Hand bekommt, lässt sich nicht leugnen. Für die forschenden Pharma-Unternehmen ist es dabei wichtig, dass auch künftig jeder Patient sicher sein kann, vom medizinischen Fortschritt zu profitieren. Ein ehrgeiziges Ziel, denn es bedeutet auch, dass wir den unmittelbaren Marktzugang innovativer Arzneimittel bewahren müssen. Deutschland schickt keinen Patienten in die Warteschleife. Die sofortige Erstattungsfähigkeit einer Therapie ist wesentlicher Teil des Qualitätsversprechens im Solidarsystem.

Jeder Patient muss am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen möchte ich betonen: Die forschenden Pharma-Unternehmen sind sich ihrer Mitverantwortung, das Gesundheitssystem finanzierbar zu halten, bewusst und sehen dabei zwei Wege: zum einen eine transparente Kosten-Nutzen-Bewertung nach internationalen Standards und zum anderen direkte Verträge zwischen Herstellern und Kassen. In beiden Fällen sollte die Betrachtung des Behandlungserfolgs im Mittelpunkt stehen.

Bei einer Kosten-Nutzen-Bewertung muss das Verfahren durchschaubar sein und alle – Patienten, Kassen

und Hersteller – müssen von Beginn an beteiligt werden. Zum frühestmöglichen Zeitpunkt müssen Kriterien, Studiendesign und Zeitplan verbindlich vereinbart werden. Daten aus dem Versorgungsalltag sind einzubeziehen. Sektorübergreifende Betrachtungen, die Gesamtbehandlungsabläufe in den Blick nehmen, schaffen einen hohen Grad an Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Kosten-Nutzen-Bewertungen sollen Versorgung optimieren.

**Seite 5/6**

Darüber hinaus bzw. alternativ können wir uns einen Ausbau des Vertragsgeschehens vorstellen. Reine Rabattverträge, wie sie für Generika mittlerweile zum Standard geworden sind, können für patentgeschützte Arzneimittel naturgemäß jedoch nicht greifen. Hier wird sich stattdessen eine ganz neue wettbewerbliche Vertragskultur in den nächsten Jahren etablieren. Dabei wird es komplexere, mehrdimensionale Vertragstypen geben, die die Verbesserung der Outcomes der medizinischen Versorgung zum Ziel haben.

Mit dieser neuen Vertragswelt werden wir dem Wettbewerb um die beste Qualität im deutschen Gesundheitswesen neue Impulse verleihen. Bisher ist die Politik davon ausgegangen, dass das Gesundheitssystem nur so lange finanzierbar bleibt, so lange die Ausgaben durch staatliche Regulierungen immer wieder gebremst werden. Aber alle Versuche staatlichen Dirigismus sind fehlgeschlagen: Wir haben heute einen Dschungel an Regulierungen, den kaum noch ein Mensch durchschaut.

Als wichtiger Schritt hin zu mehr Effizienz, Qualität und Sicherung der zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens sollten deswegen schnellstmöglich alle nicht notwendigen Regulierungen des Marktes auf den

Prüfstand gestellt und abgeschafft werden. Deregulierung ebenso wie umfassende Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts sind Voraussetzung, dass das Vertragsgeschehen in Gang kommt. Der Arzt sollte von ökonomischer Verantwortung im Arzneimittelsektor unabhängig sein und bei der Verordnung allein der Wirksamkeit und Sicherheit verpflichtet sein. Entsprechend sollte eine Freistellung des Arztes von der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen. Auch beim Morbi-RSA besteht Handlungsbedarf: Die jetzige Ausgestaltung des Gesundheitsfonds kann für Krankenkassen zu negativen finanziellen Anreizen führen, wenn sie Innovationen fördernde Verträge vereinbaren. Daher sollte, ähnlich den Regelungen bei dem G-DRG-System, eine Innovationsöffnung erfolgen. Kassen und Pharmaunternehmen könnten sich einvernehmlich auf Erstattungskonditionen einigen, ohne dass die gesetzlich vorgegebenen Verfahrensschritte zur Festlegung von Erstattungshöchstbeträgen vorher durchlaufen werden müssen.

**Seite 6/6**

In einem sensiblen Bereich wie dem Arzneimittelsektor sind Regeln unverzichtbar, aber sie müssen klar, einfach, effektiv und zum Wohle des Patienten formuliert sein! Den Dialog mit der Politik über notwendige Rahmenbedingungen wollen wir fortsetzen, um zeitnah politisch gangbare Implementierungsschritte identifizieren zu können.