

**11. VFA-Round-Table mit Patienten-
Selbsthilfegruppen****„Gesundheitsreform 2004 – Eine
Zwischenbilanz“**

5. November 2004
Swissôtel, Augsburger Str. 44, 10789 Berlin

**„Gesundheitsreform 2004:
Therapeutischer Fortschritt wird
diskriminiert“**

Statement von:

Cornelia Yzer
Hauptgeschäftsführerin
VFA e.V.

Es gilt das gesprochene Wort!

Vor etwas mehr als einem Jahr wurden uns die Eckpunkte zum „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) in einem Konsenspapier der großen Volksparteien präsentiert. Was hatte man sich nicht alles vorgenommen: „richtungsweisend“ sollte die Reform sein und natürlich „zukunftsfähig“. Auch das Schlagwort „innovationsfördernd“ machte die Runde, und Patienten-Interessen sollten endlich stärker berücksichtigt werden. Wenn es denn mal so gekommen wäre! Tatsache ist, mit viel Optimismus seitens der Politiker wurde ein Gesetz auf den Weg gebracht, das im Stile seiner zahllosen Vorgänger mehr verspricht, als es zu halten im Stande ist.

Denn statt eines notwendigen Richtungswechsels zu mehr Selbstbestimmung für die Versicherten, wurde den Bürgern in Deutschland vorwiegend Flickwerk präsentiert:

Seite 2/8

Der Staat schnürt ein Bündel von Regulierungsinstrumenten, um die Beitragssätze zu senken. Ob dies gelingen wird, ist nach wie vor offen. Fest steht: Diejenigen, die innovative Medikamente dringend brauchen, – also die Patienten – werden gleichzeitig durch neue und erhöhte Zuzahlungen belastet, ohne dass ihnen im Gegenzug bessere Qualität oder erweiterte Wahlrechte geboten werden. Und sie werden ein weiteres Mal zumindest indirekt negativ betroffen durch die innovationshemmende Ausgestaltung des Gesetzes. Denn dessen Regulierungsinstrumente treffen auch diejenigen empfindlich, die die so dringend benötigten innovativen Medikamente erforschen, entwickeln und produzieren.

Dies hilft dem an chronischer Finanznot krankenden Gesundheitssystem wenig, doch das Fundament des medizinisch-therapeutischen Fortschritts, der letztendlich Ihnen als Patienten zugute kommen soll, bröckelt dadurch heftig.

Immerhin hat der Gesetzgeber die Rolle des Patienten insofern aufgewertet, als dass sie nun im Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen dürfen. Lieber Herr Nachtigäller, ich bin sicher: Sie werden sich Gehör verschaffen in diesem Gremium!

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg und vor allem, dass aus dieser beratenden Tätigkeit in nicht allzu ferner Zukunft mehr wird. Denn zu einem Stimmrecht für die Patienten hat sich der Gesetzgeber leider nicht durchringen können.

Das GMG ist alles andere als innovationsfreundlich

Forschung ist die beste Medizin, aber Forschung ist abhängig von guten Rahmenbedingungen. Das GMG bewirkt das Gegenteil: Es konterkariert die guten und richtigen Anstrengungen, die von den Bundesministerien für Wirtschaft und Forschung unternommen werden.

Hier einige Beispiele: Wer in die Erforschung und Entwicklung eines einzigen Wirkstoffes nicht nur Geist und Herzblut, sondern vor allem durchschnittlich 800 Millionen Euro investiert, der weiß sich bestraft,

wenn sein patentgeschütztes Produkt mit einem Zwangsrabatt von 16 Prozent belegt wird. In Euro lässt sich dieses „Strafmaß“ wie folgt ausdrücken: rund 1,6 Milliarden.

Dies ist eine Summe, die unsere Mitgliedsunternehmen viel lieber in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente investiert hätten! Sie entspricht rein rechnerisch zwei neuen Wirkstoffen.

Doch beim Zwangsrabatt alleine ist es nicht geblieben. Ohne Rücksicht auf Patente wurde beispielsweise beschlossen, patentfreie und unter Patentschutz stehende Arzneimittel in gemeinsamen Festbetragsgruppen – so genannten Jumbo-Gruppen – zu zwingen.

Das bedeutet: Es entsteht eine gemeinsame Gruppe mit einem Festbetrag in der Nähe der Generikapreise. Die mit hohem finanziellem Aufwand erforschten und entwickelten Innovationen müssen im Preis erheblich gesenkt werden, damit sie zum Festbetrag verfügbar sind. Nachahmerpräparate dagegen bleiben verschont. Mehr noch: Sie erhalten sogar Spielraum für Preiserhöhungen. Das Signal ist deutlich: Forschungsergebnisse werden zwar eingefordert, die Forschungsleistungen der Arzneimittelhersteller aber nicht angemessen honoriert.

Seite 3/8

Ohne Innovationen kann es keinen medizinischen Fortschritt geben. Doch kann es keine Innovationen geben, wenn diese nicht auch geschützt werden.

Niemand kann von einem Unternehmen verlangen, das hohe unternehmerische Risiko zu tragen, das mit der Erforschung und Entwicklung von Arzneimitteln einhergeht, wenn es dafür keinen verlässlichen, innovationsfreundlichen Rahmen gibt.

Deshalb ist es gut, dass zumindest im Hinblick auf die Innovationschutzklausel das Gesundheitsministerium dem im Zuge des GMG zum „kleinen Gesetzgeber“ aufgewerteten Gemeinsamen Bundesausschuss zur Auflage gemacht hat, die Schutzvorschriften für neue, innovative Arzneimittel konsequent einzuhalten. Innovationen, die therapierelevante Verbesserungen aufweisen, zu denen richtigerweise auch ein geringeres Nebenwirkungsspektrum gehört, sollen von der Festbetragsgruppenbildung ausgenommen werden. Denn ginge es allein nach dem GBA, sind Nebenwirkungen bei Arzneimitteln - solange sie nicht zu Tod, Invalidität oder Arbeitsunfähigkeit führen - den Patienten zuzumuten und kein Grund, bessere Arzneimittel zu entwickeln. Nun kommt es entscheidend darauf an, dass die Bewertung der Innovationen mit dem rechten Augenmaß vorgenommen wird. Pures Sparen auf Gedeih und Verderb darf nicht das Hauptkriterium sein!

Deshalb muss auch bei dem neu gegründeten „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ die Betonung auf „Qualität“ liegen.

Die Nutzenbewertung, die das Institut vornimmt, muss den Patientennutzen und den gesellschaftlichen Nutzen von Medikamenten in seinen unterschiedlichen Dimensionen abbilden.

Insgesamt hat das GMG den forschenden Arzneimittelherstellern einige Knüppel zwischen die Beine geworfen. Jetzt geht es darum, das Beste aus der Situation zu machen und die Umsetzung des Gesetzes so innovationsfreundlich wie möglich zu gestalten. In einzelnen Bereichen hat die Politik Dialogbereitschaft signalisiert. Wir sind zum Dialog bereit und werden die Politiker beim Wort nehmen.

Das Gesundheitssystem muss grunderneuert werden – zum Wohle der Patienten

Worauf wir als Branche aber weiterhin drängen werden, ist ein Wechsel im Gesundheitssystem.

Seite 4/8

Denn unser System ist schon lange an seine Grenzen gestoßen. Die Politik hat dies zwar erkannt, die aus dieser Erkenntnis resultierenden Maßnahmen haben sich jedoch immer nur auf das Stellen einzelner Schraubchen im System beschränkt.

Doch wenn ein Schiff leckgeschlagen ist, dann reicht es nicht aus, mit einer Suppenkelle das eindringende Wasser herausschöpfen zu wollen, um nicht unterzugehen. Dann ist eine Generalüberholung fällig!

Seit mehr als einem Vierteljahrhundert versuchen die Verantwortlichen unser krankes Gesundheitswesen zu heilen: Durch Regulierung, Kostendeckelung und Maßnahmen am Billigsten.

Inzwischen geht die Furcht vor der Rationierung um. Leider nicht zu unrecht.

Ich erinnere mich noch gut daran, als ich Ihnen vor vier Jahren unsere Unterversorgungsdokumentation vorgestellt habe. Damals war das Arzneimittelbudget ein wesentlicher Grund für diesen unhaltbaren Zustand. Das Budget ist längst Vergangenheit, doch wie sieht die Versorgungsgegenwart aus?

Unterversorgung ist in Deutschland Realität

Zu dieser Frage hat der VFA bei der Nürnberger Beratungsgesellschaft Fricke & Pirk ein Gutachten in Auftrag gegeben. Es spricht von Unterversorgung immer dann,

- wenn Patienten überhaupt nicht medikamentös behandelt werden und damit völlig unversorgt bleiben,
- oder wenn Patienten nicht die notwendigen Medikamente erhalten, weil ihre Erkrankung bisher nicht erkannt wurde,
- oder wenn Patienten nicht ausreichend behandelt werden oder
- wenn Patienten nicht leitliniengerecht behandelt werden.

Ich hatte eben die Frage nach der Versorgungsgegenwart gestellt und meine Antwort fällt leider ernüchternd aus: Die Versorgungssituation

ist in wichtigen Indikationsgebieten ähnlich schlecht, wie vor vier Jahren.

Die verdeckte Rationierung, die mit jedem Kostendämpfungsgesetz einhergeht, schlägt sich im Verordnungsalltag nieder:

So werden mindestens 20 Millionen Mal Patienten innerhalb eines Jahres gar nicht oder nur unzureichend mit Medikamenten versorgt. Mit Medikamenten, die zur Verfügung stünden und den Betroffenen helfen könnten.

Allein 10 Millionen Fälle betreffen Volkskrankheiten wie Bluthochdruck und Osteoporose.

Unzureichend versorgt sind auch rund sechs Millionen Patienten, die an Migräne oder chronischen Schmerzen leiden.

Rund 377.000 Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit Betablockern behandelbar wären, erhalten diese bewährten – und im Übrigen zu meist patentfreien – Medikamente nicht.

Besorgniserregend ist zudem, dass die Hälfte derer, die sie doch erhalten, zwar nicht unter *Unterversorgung*, sondern unter *Unterdosierung* zu leiden haben.

Insgesamt sind zwölf sehr unterschiedliche Krankheitsgebiete unter die Lupe genommen worden:

Chronische Herzinsuffizienz, chronischer Schmerz, Demenz, Depression, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Migräne, Multiple Sklerose, Osteoporose, rheumatoide Arthritis, Schizophrenie und Impfungen gegen Virusinfektionen.

Ich möchte Ihnen nur die Ergebnisse einiger Indikationen näher vorstellen. Beispiel „chronischer Schmerz“:

Jeder von uns kann sich vorstellen, was es heißt, Schmerzen zu haben. Jeder kann leicht nachvollziehen, dass gerade Schmerzpatienten die wirksamste Therapie brauchen, um überhaupt ein lebenswertes Leben führen zu können. Doch 65 Prozent aller Schmerzpatienten erhalten keine ausreichende Therapie.

Noch drastischer ist die Unterversorgung bei Demenz-Erkrankungen: Auch wenn Alzheimer und andere Demenzen nicht dauerhaft geheilt werden können, so bedeutet jeder weitere Tag an Selbständigkeit für die Erkrankten und deren Angehörigen einen weiteren Tag an Lebensqualität und Würde.

Die forschenden Arzneimittelhersteller haben Medikamente entwickelt, die die Krankheit um hunderte von Tagen hinauszögern können. Doch 87 Prozent der Alzheimer-Kranken erhalten keine leitliniengerechte Therapie mit diesen Medikamenten. Das sind mehr als eine halbe Million Patienten, Tendenz steigend!

Meine Damen und Herren, gerade im Falle Alzheimer müssen wir uns angesichts dieser Zahlen die Frage stellen, wie wir als Gesellschaft mit unseren alten Menschen umgehen. Dies ist eine Frage, die weit über das medizinische hinausgeht!

Ich komme nun zu einer Erkrankung, die in der Gesellschaft stark tabuisiert wird: Schizophrenie. Mindestens 60 Prozent der Patienten erhalten keine modernen Arzneimittel, so das Ergebnis der Gutachter. Das aber bedeutet: mehr Nebenwirkungen und Spätschäden, und vor allem: mehr Rückfälle, die stationär psychiatrisch behandelt werden müssen.

Abgesehen von dem Leid des Einzelnen und seiner Angehörigen, das nicht hoch genug zu bewerten ist, sei hier der Hinweis erlaubt, dass dadurch auch die Behandlungskosten unnötig in die Höhe getrieben werden!

Seite 6/8

Die Arzneimittelausgaben machen gerade einmal 16 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben aus. Trotzdem feiert der Irrglaube fröhliche Urständ, wonach das Gesundheitswesen durch Kostensenkung in diesem vergleichsweise kleinen Bereich saniert werden könne. Das ist ökonomisch unsinnig und angesichts der dramatischen Unterversorgung in einer der reichsten Industrienationen der Welt sogar zynisch.

Viele scheinen noch immer nicht begriffen zu haben, dass Effizienz nicht einfach bedeutet, möglichst wenig Geld auszugeben. Die Aufgabe ist, die optimale Versorgung unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu gewährleisten. Aufgabe ist nicht, am absolut Notwendigen zu sparen. Die sozialen und ökonomischen Folgekosten sind sonst unkalkulierbar.

Dabei gibt es sogar Indikationen, bei denen die Gabe von Medikamenten sogar zu Einsparungen führt. Ich denke beispielsweise an die Betablocker bei Herzinsuffizienzpatienten. In der CIBIS-II-Studie von 2001 wurde gezeigt, dass sich die Behandlungskosten für schwer herzinsuffiziente Patienten (NYHA III/IV) durch zusätzliche Behandlung mit einem Betablocker um sieben Prozent senken ließ – weil die so behandelten Patienten seltener ins Krankenhaus eingewiesen werden mussten.

Erkannt, aber nicht gebannt: Das Problem Zwei-Klassen-Medizin

Noch etwas belegt das Gutachten: Die Zwei-Klassen-Medizin, die der VFA-Unterversorgungsreport aus dem Jahr 2000 festgestellt hatte, wurde weiter fortgeschrieben. Nach wie vor sind Privatpatienten in Deutschland besser gestellt als die große Mehrheit der GKV-Versicherten.

So erhalten beispielsweise 70 Prozent der Privatpatienten bei Migräne eine moderne Triptan-Verordnung, aber nur 30 Prozent der GKV-Versicherten. Bei rheumatoider Arthritis wird 32 von 100.000 Privatpatienten ein innovativer TNF-alpha-Blocker verordnet, aber nur 20

Kassenpatienten. Das sind nur 1,2 Prozent der Patienten, für die diese Art von Medikamenten in Frage kämen.

Im Vergleich dazu erhalten in Nachbarländern wie Schweden immerhin über 8 Prozent der relevanten Patienten, in den Niederlanden immerhin 6 Prozent diese Medikamente.

Meine Damen und Herren, das Gutachten „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland“ zeigt,

- dass Patienten in Deutschland in einem erschreckenden Ausmaß unterversorgt sind,
- dass davon besonders die Kassenpatienten betroffen sind, und
- dass Patienten in anderen Ländern vielfach besser mit innovativen und wirksamen Medikamenten versorgt sind als Patienten in Deutschland.

Seite 7/8

Wie bei fast allen Problemen gibt es auch hier vielfältige Gründe. Bei Impfungen beispielsweise wäre noch mehr konkrete Aufklärung erforderlich.

Hier steht die Gesundheitspolitik in der Pflicht, auf Impfung als Präventionsmaßnahme verstärkt aufmerksam zu machen. Die Industrie leistet ihren Beitrag, stößt aber an Grenzen, solange sie nicht das Recht der direkten Patienteninformation hat.

Aber bei allen anderen genannten Indikation stoßen wir zumeist auf Gründe, bei denen sich der Druck zur Kostensenkung bemerkbar macht. Wir wissen, dass es die Ärzte immer schwerer haben, den Patienten innovative Arzneimittel zu verordnen. Sie erhalten insbesondere zu niedrige Richtgrößen für ihr Verordnungsvolumen, also die Arzneimittelkosten, die durch ihre Verordnungen entstehen dürfen. Diese Richtgrößen werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ausgehandelt. Die Kassen verhandeln wiederum unter politischem Druck.

Überschreiten niedergelassene Ärzte deutlich ihre Richtgrößen, müssen sie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung über sich bzw. über ihre Praxis ergehen lassen und ggf. Regress leisten. Es ist offensichtlich, dass Richtgrößen – ähnlich dem damaligen Arzneimittelbudget – damit zu maßgeblichen Verhinderern einer angemessenen Arzneimittelverordnung werden können.

Wir als VFA stehen an der Seite der Ärzte, wenn es darum geht, für eine Anhebung der Richtgrößen einzutreten.

Denn es kann und darf nicht sein, dass das System Ärzte zwingt, vor allem auf die Kosten und dann erst auf das medizinisch Notwendige zu achten. Dieser Druck muss dringend von den Ärzten genommen werden!

Die in der Studie aufgezeigten Defizite sind leider symptomatisch für das deutsche Gesundheitssystem. Die punktuellen Eingriffe, die ich eingangs beschrieben habe und die auch im Falle des GMG immer

wieder auf Kostendeckelung vorzugsweise im Arzneimittelsektor gesetzt haben, fördern Unterversorgung, statt diese zu beseitigen.

Ich appelliere deshalb an die politisch Verantwortlichen: Verabschieden wir uns endlich von unserem eingefahrenen System!