



Verband Forschender
Arzneittelhersteller e.V.

Pressekonferenz

"Arzneittelausgaben 2008 – Die Prognose"

05. September 2007
Berlin

Statement von:

Dr. Dr. Andreas Barner,
Vorsitzender des Vorstandes des VFA

Es gilt das gesprochene Wort!

Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin
Telefon 030 20604-0
Telefax 030 20604-222
www.vfa.de

Hauptgeschäftsführerin
Cornelia Yzer

Die Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine Kerngröße der Gesundheitspolitik, sind sie doch ein entscheidender Indikator für die Vereinbarkeit von medizinischem Fortschritt und der ökonomischen Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.

Seite 2/5

Wegen dieser Aufmerksamkeit für die "Kennziffer Arzneimittelausgaben" brauchen wir hier eine solide empirische Grundlage, die uns eine zutreffende Interpretation ermöglicht. Der Arzneimittel-Atlas hat hier Maßstäbe gesetzt. Indem er in insgesamt 10 verschiedenen Komponenten Umsatzveränderungen ermittelt, hat er zu einem differenzierten Analyseinstrumentarium beigetragen.

Auf Grundlage dieser differenzierenden Methodik hat das Autorenteam um Prof. Dr. Häussler nun ein Prognosemodell entwickelt, das zum ersten Mal überhaupt eine empirisch fundierte Prognose über die künftige Ausgabenentwicklung ermöglicht. Ein solches fundiertes Prognoseinstrumentarium ist auch dringend nötig, vor allem für die jährlichen Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über die Zielgrößen der Arzneimittelausgaben. Wenn Sie sich vor Augen halten, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2007 von Mehrausgaben für innovative Arzneimittel von 900 Mio. Euro ausgingen, wir tatsächlich aber Mehrausgaben von voraussichtlich weniger als 200 Mio. Euro haben werden, sehen Sie, wie bedeutsam präzise Prognoseinstrumentarien sind, um realistische Zielvereinbarungen zu treffen.

An dieser Stelle ein Wort zur Marktentwicklung in diesem Jahr. Die Ausgabensteigerung von voraussichtlich etwa 6 Prozent ist vor allem auf gesetzliche Vorgaben zurückzuführen: zum einen die Mehrwertsteuererhöhung, die zu einer Mehrbelastung von 2,6 Prozent führt sowie die Aufnahme der Impfungen in den Regelleistungskatalog der GKV. Für 2007 muss allein hier mit zusätzlichen Kosten von einer halben Milliarde Euro gerechnet werden, was einer Ausgabenerhöhung um 2 Prozent entspricht.

Seite 3/5

An diesem Beispiel sieht man, dass das Thema Arzneimittelausgaben nicht als reine buchhalterische Kennziffer behandelt werden kann. Nur wenn wir die Arzneimittelausgaben in ein Verhältnis zum medizinischen Versorgungsniveau der Patienten setzen, können wir eine sinnvolle Debatte führen. Eine Erhöhung der Impfquote ist gesundheitspolitisch erwünscht und auch nach den Kriterien der Kosten-Nutzen-Bewertung sinnvoll. Ebenso wäre es vollkommen kontraproduktiv, neue Krebsmedikamente ausschließlich als "teure Medikamente" zu identifizieren, ohne den sich vollziehenden Quantensprung in der Krebstherapie zu berücksichtigen. Man muss die Arzneimittelausgaben und das medizinische Versorgungsniveau zusammen betrachten, um zu realistischen Bewertungen zu kommen. Wer nur aufgrund der Ausgabensituation entscheiden will, würde falsch entscheiden, dies erkennt ja auch das GKV-WSG an, in dem es die Kosten-Nutzen-Bewertung auf hohem wissenschaftlichem Niveau einfordert. Gerade um zu vermeiden, dass die Frage der Arzneimittelversorgung nur als Frage der Kosten begriffen wird.

Aber Fakt ist auch, dass wir uns für die Zukunft auf steigende Arzneimittelausgaben einstellen müssen, weil der medizinische Fortschritt immer bessere Medikamen-

te für eine immer älter werdende Gesellschaft hervorbringen wird: Ich nannte bereits das Beispiel Krebs, ich hätte auch die Rheumatherapie erwähnen können, oder die sich abzeichnende Revolution in der Thromboseprophylaxe. Zugleich steigt mit einer alternden Gesellschaft die Zahl derer, die auf innovative Medikamente angewiesen sind. Dabei bleibt es der Anspruch der forschenden Arzneimittelhersteller den Patienten nicht nur neue Medikamente, sondern bessere zur Verfügung zu stellen, die sich auch an ihrer Kosteneffektivität messen lassen.

Seite 4/5

Die Frage ist, wie wir mit der demografischen Herausforderung und den wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts umgehen.

Die Gesundheitspolitik hat sich selbst über die letzten Jahrzehnte in die babylonische Gefangenschaft der Reglementierung begeben, sichtbar getrieben von dem Bemühen, die Gesundheitskosten insgesamt und die Arzneimittelausgaben insbesondere im Griff zu halten.

Mittlerweile sehen sich alle Akteure des Gesundheitswesens einem nur noch für wenige Experten verständlichen Wust von Regelungen gegenüber, die sich zu allem Überfluss teilweise auch noch widersprechen. Ein Beispiel sind die Bonus-Malus-Verträge, in denen ein Arzt belohnt oder bestraft wird, wenn seine durchschnittlichen Tagestherapiekosten von einem Zielwert abweichen. Daraus entsteht ein Anreiz, soweit wie möglich große Packungen oder hohe Wirkstärken zu verordnen, da sie auf die einzelne Tablette oder Kapsel umgerechnet billiger sind. Gleichzeitig haben die Ärzte einer kassenärztlichen Vereinigung ein Ausgabenvolumen für die von ihnen verordneten Arzneimittel einzuhalten. Der Effekt: Versucht der Arzt das eine Ziel zu

erreichen, gerät er mit dem anderen Ziel in Konflikt. Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie komplex Regelwerke sind und zu welchen ungewollten Konsequenzen sie führen können.

Die kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Versorgung und der freie Zugang aller bleibt unser gesundheitspolitisches Ziel. An einem wettbewerblichen Gesundheitssystem, das dem Einzelnen eine Mitgestaltung seines Versicherungsschutzes und damit seiner Gesundheitskosten überlässt, führt dabei kein Weg vorbei. Dass dieses System auch solidarisch sein muss und sicherstellen muss, dass niemand ohne adäquate Versorgung bleibt, ist eine auch für den VFA unerlässliche Bedingung. Deshalb plädiert der VFA für eine Abwendung von starren Reglementierungen im Gesundheitssystem hin zu mehr Wettbewerb zwischen allen Akteuren.