

# Zugang zu innovativen Therapien

Das deutsche Gesundheitssystem bietet medizinische Versorgung auf betont hohem Niveau – ambulant wie stationär. Entsprechend gut ist sein weltweiter Ruf, nicht zuletzt aufgrund des Zugangs zu innovativen medizinischen Therapien, auf die alle Versicherten zugreifen können. Die Barmer GEK ist mit 8,4 Millionen Versicherten und 12,1 Prozent Marktanteil Deutschlands zweitgrößte Krankenversicherung. In seinem Impuls berichtete Detlef Böhler, Leiter der dortigen Abteilung für Arzneimittel, von seinen Erfahrungen und Anknüpfungspunkten mit der Industrie und den Chancen einer engeren Kooperation mit ebendieser. Anhand eines Positivbeispiels, das nicht nur in der Theorie auf den österreichischen Markt übertragbar wäre, wurde veranschaulicht, dass sich daraus Synergien für alle Beteiligten, insbesondere die Patienten, ergeben können.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Bernhard Rupp, Alexander Herzog, Christoph Dachs, Detlef Böhler, Sebastian Mörth, Hanns Kratzer, Manuela Messmer-Wullen, Martin Schaffenrath, Manuel Reiberg, Armin Fidler

## Detlef BÖHLER

Jährlich belaufen sich die Gesamtausgaben der Barmer GEK auf mehr als 25 Milliarden Euro. Davon entfallen über acht Milliarden auf stationäre und knapp fünf Milliarden auf ärztliche Behandlungen, ebenso viel auf Arzneimittel – was uns zum größten Kunden der Pharmaindustrie macht – und der Rest auf Heil- und Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen und Krankengeld. In

## Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

Detlef BÖHLER | Barmer GEK  
Dr. Christoph DACHS | ÖGAM  
Mag. Alexander HERZOG | Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA)  
Manuela MESSMER-WULLEN | Schlaganfallhilfe Österreich  
Sebastian MÖRTH | KAV  
Hon.-Prof. Dr. Bernhard RUPP | AK Niederösterreich  
Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Moderation: Mag. Hanns Kratzer

manchen Jahren sind die Ausgaben für Arzneimittel höher als jene für ärztliche Behandlungen. Würden Ärzte wirtschaftlicher verordnen, könnten wir uns höhere Honorarzahllungen leisten. Ein großes Thema in Deutschland sind derzeit Antikoagulantien. Im Jahr 2001 betrug ihr Anteil noch 0,2 Prozent der Gesamtausgaben der Arzneimittel, 2015 waren es bereits 2,6 Prozent. Blickt man auf die Mengenentwicklung, so

nehmen NOAKs (neue orale Antikoagulantien) gegenüber den älteren OAKs deutlich zu, kosten durchschnittlich überdies das Neunzehnfache. Daiichi Sankyo hat im letzten Jahr ein günstigeres Alternativprodukt zum Marktführer entwickelt. Solche Entwicklungen begrüßen wir. Der Arzt steht im Zentrum des Informationsbedarfs (pharmazeutisch, medizinisch, wirtschaftlich) und die Therapiefreiheit steht über allem. Im AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes) ist ein entsprechender Nutzenbewertungsprozess vorgesehen. Die Bewertungsergebnisse kommen jedoch vielfach beim Arzt nicht an. Darüber hinaus bezieht sich das AMNOG auf neue Wirkstoffe, der Bestandmarkt bleibt also unberücksichtigt. Im Rahmen dieses Prozesses muss ein Hersteller ein entsprechendes Dossier einreichen. Anschließend findet eine Schnellbewertung zum Zusatznutzen statt. Dieser Zusatznutzen ist die Basis für die nachfolgenden Preisverhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen. Grundsätzlich gilt ab dem 13. Monat der dabei verhandelte Preis. Die zwölf Monate davor gilt jedoch der vom Hersteller frei gewählte Preis. Im Fall des Produkts von Daiichi Sankyo konnte der Zusatznutzen nachgewiesen und konnten die Preisverhandlungen mit dem Spitzenverband abgeschlossen werden. Auf der Listenpreisebene ist das Produkt 20 Prozent günstiger als jenes des Marktführers. Nun gilt es durch eine intensive Arztkommunikation die wirtschaftliche Alternative in das Verordnungsverhalten der Ärzte zu bringen.

#### Alexander HERZOG

Die SVA betreut rund elf Prozent der österreichischen Versicherten und verfügt in Summe über fünf Milliarden Euro Beitragsvolumen. Als Kasse der Selbstständigen haben wir den Anspruch, diese unternehmerisch zu führen. Das hilft uns beim Zugang zur Industrie, weil uns diese als Partner und nicht als Gegenspieler wahrnimmt. Unsere Versicherten erwarten von uns eine sinnvolle Zusammenarbeit mit der Industrie. Vor diesem Hintergrund bekennen wir uns zu innovativen Medikamenten am Markt, und hier können wir uns von dem skizzierten Weg aus Deutschland noch einiges abschauen. Hinsichtlich der Preise können wir als einzelne Kasse jedoch wenig tun, da die Preisregelung in Österreich über den Hauptverband erfolgt. Dieser mag zwar auf den ersten Blick mit dem deutschen Spitzenverband vergleichbar sein, ist jedoch nicht als Hol-

ding organisiert und hat auch kein Durchgriffsrecht von oben nach unten. Er verhandelt für alle Träger, diese haben daher selbst keinen Einfluss. Die SVA war die erste Versicherung, die ihre Gesundheitseinrichtungen in Form von Public-Private-Partnership-Modellen (PPP) führt und auch teilprivatisiert hat.

#### Martin SCHAFFENRATH

Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger werden alle Interessen der einzelnen Kassen gebündelt. Daraus ergibt sich manchmal kein einfaches Spannungsfeld der verschiedensten Interessen. Unser gemeinsames Bestreben ist, den Versicherten die effizienteste und bestmögliche Therapie zukommen zu lassen. Wir wissen aber auch, dass dies nur mit neuen Innovationen und gemeinsam mit der Industrie möglich ist. Aus der Vergangenheit haben wir viel gelernt. Fakt ist: Es braucht einen Dialog auf Augenhöhe und eine Kooperation mit der Wirtschaft, um in diesem Kontext einen Fortschritt für die Patienten erzielen zu können.

#### Sebastian MÖRTH

Die Skizzierung des deutschen Systems gefällt mir gut. In Österreich fokussieren wir gerne die Theorie. Dies gilt es stärker in die Praxis zu verlagern. Die Interessenvertretung im Gesundheitswesen als Ganzes halte ich in Österreich generell für ausbaufähig. Die Zusammenarbeit mit der Industrie, die zwischenzeitlich mit entsprechenden Kostenmodellen auf den Zug aufgesprungen ist, gestaltet sich aus meiner Sicht positiv. Dennoch haben wir im KAV alleine im heurigen Jahr starke Kostensteigerungen im Bereich der Arzneimittel. Die Entwicklungen im Bereich der Biosimilars werden von uns genauestens verfolgt und in Zukunft durchaus Gewicht finden. Die Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralem Bereich ist essenziell. Ich würde mir wünschen, dass diese in der Praxis stärker gelebt wird.

#### Christoph DACHS

Anknüpfend an die Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralem Bereich und bezugnehmend auf das Modell aus Deutschland: In Österreich werden Patienten in den Spitälern aktuell bevorzugt auf NOAKs umgestellt. Das ge-

### BARMER GEK-FACTBOX

Der Hauptsitz der BARMER GEK befindet sich in Berlin und versichert mit 15.000 Mitarbeitern, 400 Geschäftsstellen, 13 Landesvertretungen und 45 Fachzentren insgesamt 8,4 Millionen Menschen in Deutschland. Dies entspricht einem Marktanteil von 12,1%. Die Leistungsausgaben für stationäre Behandlungen, ärztliche Behandlungen, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld und Arzneimittel lagen im Jahr 2015 bei 22,6 Milliarden Euro.

schieht mitunter, obwohl diese jahrelang erfolgreich auf OAKs eingestellt waren. Nicht selten höre ich, dass die entsprechenden Entscheidungsträger in den Spitälern den Auftrag dazu haben. Die eigentliche Indikation dafür ist aus meiner Sicht zu hinterfragen. Unser Auftrag lautet, bestmöglich zu behandeln. Das wird uns dadurch schwer gemacht. Auch beurteilt der Patient die Meinung eines Hausarztes gegenüber jener eines Facharztes unserer Wahrnehmung nach als nur untergeordnet. Verordnet der Facharzt ein NOAK, besteht der Patient im Anschluss meist auf eine Weiterverschreibung desselben. Wir sind zwar in laufendem Patientenkontakt, stehen aber am Ende der Nahrungskette. Wie in Deutschland auch sind wir

„Fakt ist: Wir suchen die Kooperation mit der Wirtschaft. Ein Dialog auf Augenhöhe wäre aus meiner Sicht sinnvoll und wünschenswert, um in diesem Kontext einen Fortschritt für den Patienten erzielen zu können.“

Martin SCHAFFENRATH

Allgemeinmediziner unabhängig von der Pharmaindustrie. Wünschen würde ich mir neben besseren Interaktionstools und vergleichenden Daten auch eine Codierung der Diagnosen. In Österreich haben wir leider keine validen Registerdaten. Bei der ÖGAM gibt es eine Arbeitsgruppe zum Thema E-Health, die versucht, die Bedürfnisse von uns Allgemeinmediziner aufzuzeigen. Aktuell scheitert es an einer einheitlichen Software. Eine Unterstützung der Krankenkassen wäre hier wünschenswert und sinnvoll.

„Wünschen würde ich mir neben besseren Interaktionstools und vergleichenden Daten auch eine Codierung der Diagnosen.“

Christoph DACHS

#### Manuela MESSMER-WULLEN

Als Patientin sollte ich im Mittelpunkt dieser Diskussion stehen. Das zu glauben fällt mir manchmal nicht leicht. Zugegeben: Patienten mit der Bereitschaft zur Eigenverantwortung gibt es bestimmt nicht allzu viele. Vor diesem Hintergrund würde ich mir eine dahingehende verständliche Aufklärung der Patienten wünschen, so dass diese Vor- und Nachteile einer Behandlung selbst abwägen könnten. Nur so könnte ein Patient letztlich selbst entscheiden, welche Präparate oder Therapien er im Rahmen einer Behandlung konsumieren möchte.

Ich selbst fühlte mich insgesamt gut versorgt nach dem Schlaganfall. Dennoch stelle ich immer wieder fest, dass gewisse Präparate und Therapien nicht verschrieben werden. In letzter Zeit wird überhaupt sehr viel gekürzt. Außerdem wird im System kaum berücksichtigt, dass Schlaganfallpatienten vielfach Pflegefälle stellen und diese überdurchschnittlich hohe Folgekosten verursachen. In Deutschland gibt es die Initiative „Reha vor Pflege“, die sich mit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und deren Forcierung beschäftigt. Leider bemerkt man bei uns in Österreich noch kaum derartige Bestrebungen.

#### Bernhard RUPP

Ergänzend zu „Rehabilitation vor Pflege“ muss ich zustimmen: In Österreich haben wir diesbezüglich noch Verbesserungsmöglichkeiten. Das Projekt „fit2work“ ist ein guter erster Schritt, aber eben nur ein Schritt dort, wo wir viele bräuchten. Die Feinabstimmung der beruflichen medizinischen Reha wäre dringend notwendig.

Zur Rolle der Gesundheitsökonomie darf ich sagen, dass mich die Entwicklung in Deutschland beeindruckt hat, wo offensichtlich viel Know-how ins System geflossen ist. Von der Vorgehensweise des IQWiG könnten wir sicherlich einiges lernen. Wir haben in Österreich im Bereich der Entscheidungsfindung eine Blackbox, in der sich jedoch allerhand Methodisches versteckt. So mancher wäre überrascht darüber, was es alles gibt und was dennoch

kaum jemand kennt. Es gilt, sich auf transparente Regularien zu verständigen, die für alle Involvierten Geltung finden. In diesem Zusammenhang könnte man sich neue innovative Mechanismen zur Preisfindung überlegen. ■

„Nun gilt es durch eine intensive Arztkommunikation die wirtschaftliche Alternative in das Verordnungsverhalten der Ärzte zu bringen.“

Detlef BÖHLER

Modell aus Deutschland: In Österreich werden Patienten in den Spitälern aktuell bevorzugt auf NOAKs umgestellt. Das ge-