Erste Real-Erfahrungen mit dem AMNOG:

Erstattungsrabatt in Höhe von 57 Prozent

Auf Einladung des Branchenverbandes Pro Generika diskutierten beim 9. Berliner Dialog am Mittag hochrangige Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft, der Krankenkassen sowie der Generikahersteller mit der Politik. Diesmal standen die ersten Real-Erfahrungen der Apothekerschaft und der Generikaindustrie (siehe „Pharma Relations" Supplement „Market Access & Health Policy" 04/11) mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz im Fokus, doch auch die Kassenszene hat mit Detailregeln und -verordnungen durchaus ernst zu nehmende Umsetzungsprobleme.

>> Die Kassenszene trifft hauptsächlich die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts, die MdB Karin Maag vehement verteidigte. „Das Wettbewerbs- und Kartellrecht ist eine wichtige Ergänzung", meinte das ordentliche Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages (CDU/CSU-Fraktion). Ihrer Meinung nach stellten die Kassen im Einkaufsverhalten eine große Marktmacht dar. Und wenn man einer Kommune zumuten könne, sich dem Wettbewerbsrecht zu unterziehen, könne die Politik das auch von Kassen verlangen.

„Das Wesen der Politik ist, dass es auf Ausgleich bedacht sein muss", stellte MdB Maag klar. Aber ebenso, dass ein Politiker innerhalb einer Koalition auch die Ergebnisse verteidigen müsse, die er selbst vielleicht so gar nicht gewollt hatte und eben nicht immer (wohl eher seltenst) Eins-zu-Eins umgesetzt werden. Maag: „Aber wir setzen uns auch nicht in die Kammer und überlegen uns, wen wir morgen ärgern können." Vielmehr würden nur Gesetze erlassen, die zum Beispiel daraus resultieren, dass sich eine Selbstverwaltung mit der Kassenszene nicht einige. Maag: „Das sind Sachverhalte, die uns veranlassen, einen Kompromiss zu suchen." Es sei doch nicht das ureigenste Interesse der Politiker, ausufernd Regeln machen zu wollen.

Der Verordnungs-Fall Mehrkostenregelung

Das gilt auch und vielleicht ganz besonders im Falle der Mehrkostenregelung. Mit der sollte für den Patienten eigentlich eine neue Freiheit geschaffen werden, nämlich für ein von ihm ganz individuell gewünschtes Arzneimittel zuzahlen zu können, wenn er es denn unbedingt will, aber was ihm bisher gar nicht möglich war. „Die Wahlmöglichkeit des Patienten ist ein wichtiges Gut für die Therapietreue des Patienten", betonte denn auch Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm Kirch, der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie und der Direktor des Instituts der Klinischen Pharmakologie der Universität Dresden. Wenn der Patient den Eindruck gewinne, er bekomme das Richtige, werde er es auch nehmen, wenn er aber den Eindruck habe, er werde von außen manipuliert, sieht es laut Kirch anders aus: „Dann leidet die Compliance."

Darum sei die Mehrkostenregelung auf der einen Seite durchaus positiv zu sehen, wobei aber auch zu bedenken sei, dass der bürokratische Aufwand für den Patienten erheblich ist. Kirch: „Das führt dazu, dass diese Regelung überhaupt nicht genutzt wird." Doch seiner Kenntnis nach sei die Politik schon dabei, diese Verordnung zu modifizieren.

Gegen die bekannte Systematik politischer Willensbildung kam von Professor Dr. h.c. Herbert Rebscher auch kein Widerspruch. Wohl aber eben gegen die Mehrkostenregelung, die mit dem AMNOG eingeführt worden ist. „Davon halten wir gar nichts", sagte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK). Empirisch könne er feststellen, dass bei der DAK mit immerhin rund sechs Millionen Versicherten zum Stichtag Ende Februar - also rund zwei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes - gerade mal 600 Fälle aufgelaufen seien. Nun hätten diese 600 Einzelfälle pro Fall rund 100 Euro Verwaltungskosten ausgelöst, was noch nicht einmal das Schlimmste sei. Viel ärger sei, dass „600 Mal tiefer Frust bei allen Beteiligten, vor allem beim Patienten" hinterlassen wurde. Im Januar waren es nur 10 bis 15 Fälle, doch Ende März werden es nach Rebschers Beobachtung schon ein paar 1.000 sein.

Im Zuge der Mehrkostenregelung wird indes ziemlich gut deutlich, wie sich Arzneimittelpreise wirklich darstellen. Ein Arzneimittel, das 100 Euro kostet, führt zu einer Erstattung von 29,77 Euro, verdeutlichte beispielsweise Dr. Peter Homann, der Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes und Vorsitzende des Hessischen Apothekerverbandes. Bei dieser Erstattungssumme könne sich jeder unschwer vorstellen, dass dabei keine große Begeisterung beim Patienten ausgelöst werde. Aber ebenso, dass ein Patient, der sich auf die Mehrkostenerstattung einlässt, im Zweifel nur zweimal in eine Apotheke kommt: „Beim ersten Mal, um sich in die Erstattung zu stürzen und beim zweiten Mal mit einem Baseballschläger."

Im Schnitt 55 bis 60 Prozent Erstattung

Denn sobald der Patient sein Rezept per Post an seine Kasse geschickt hat, beginnt die Rechnerei. Wohlgemerkt jedes Mal eine einzelfallbasierte absolut individuelle Rechnerei, deren Modell in keinem Rechenzentrum automatisiert werden kann. Nun hätte die DAK von den rund 900 Millionen Rezepten, die pro Jahr in Deutschland verordnet werden, einen Anteil von rund zehn Prozent, rechnet Rebscher vor. Wenn da nur ein paar 1.000 solcher Fälle vorkommen, können man sich vorstellen, wie sich auf einmal normale Abläufe über Rechenzentren verändern. Bei den Rechenmodellen der Kassen werden nun saldiert, welche Hersteller-, Apotheken- und Eigenrabatte für das jeweilige Arzneimittel gelten. Rebscher: „Man kommt auf einen durchschnittlichen Erstattungsrabatt von im Moment 57 Prozent." Klar könnten es je nach Rabattgefälle im Markt auch mal mehr oder weniger sein, doch im Schnitt rede man „über 55 bis 60 Prozent Erstattung". Auf den Einzellfall herunter gerechnet, heißt das, dass dem Patienten für ein 15 Euro teures Medikament circa 7,90 Euro erstattet werden. Dies geschieht wieder händisch per Einzelüberweisung, wobei die Kasse auch noch vorher nachfragen müssen, auf welches Konto eingezahlt werden soll.

Darum ist sich Rebscher sicher, dass kein Patient den Weg der Mehrkosten-Erstattung mehr als einmal beschreiten werde; was schade sei, denn damit sei auch das ganze Themenfeld der Kostenerstattung diskreditiert. Rebscher: „Das Wort Kostenerstattung wird der Patient nicht mehr hören können, weil es an einem absurden Modell exekutiert wird." Kein Wunder, dass sein Urteil über die-

se Detail-Verordnung innerhalb des AMNOG ziemlich harsch ausfällt. Dies sei ein Gesetz eines Gesetzgebers, der beraten wurde von Menschen, die wahrscheinlich noch nie eine in einer verantwortlichen Position die Prozesse kennengelernt hätten, die durch solche Verordnungen ausgelöst würden. „Wer das auch nur rudimentär kennt, würde so etwas nicht machen", meint Rebscher und gibt dieser Verordnung darum auch nur eine „kurze Halbwertszeit".

Was vielleicht auch gar nicht so schlimm ist, denn die große Welle war und ist die Mehrkostenerstattung sicher nicht. Beim hessischen Apothekerverband sind bisher laut Homann erst ganze acht Fälle aufgelaufen. Homann: „Dafür so einen Aufwand zu treiben, ist überflüssig und sollte schnellstmöglich wieder kassiert werden."

Die Mehrkostenregelung „wird totgeschwiegen"

Darüber wäre auch die pharmazeutische Industrie nicht unglücklich. Nun könnte man meinen, die Pharmaindustrie würden die Möglichkeit der Mehrkostenregelung aktiv bewerben, damit sich Patienten ganz bestimmte Präparate eines Markenherstellers gönnen wollen. Weit gefehlt, wie Dr. Sven Dethlefs, der stellvertretender Vorsitzende von Pro Generika und Geschäftsführer der ratiopharm GmbH ausführte. „Wir bewerben das überhaupt nicht." Warum? Weil die Industrie genau weiß, dass ein Patient nicht zwischen Ursache und Wirkung unterscheidet. Dethlefs: „Kein Patient, der von uns ein Produkt hat und durch eine Mehrkostenerstattung geht, will je wieder eines unserer Produkte haben." Dies sei ein möglicher (und selten: nicht mal selbst verschuldeter) Imageschaden für jede Pharmafirma und „deswegen schweigen wir das Thema tot".

Trotz allem möchte der ansonsten so streitbare DAK-Chef Rebscher nicht nur Vorwürfe in Richtung Politik gerichtet wissen. Vielmehr sollten alle Beteiligte „mal auf sich selbst" schauen. Rebscher: „Wir haben die letzten 10 bis 15 Jahren regelhaft versäumt, Regelungen zu treffen, welche die politische Ziele, über die man weitgehend Einigkeit hat, erreichen lassen." Wer das versäume, dürfe sich auch nicht wundern, dass unter anderem auch Regeln in die Welt gesetzt werden, „mit denen wir in der Praxis nicht umgehen können oder die in der Praxis zu absurden Fällen führen". Darum lautet seine Forderung, dass sich alle Systempartner „in Verhandlungen wieder kompromissfähiger machen" müssten. <<

Brandenburger Krebskongress:

Bessere Versorgung im Land

Der Brandenburger Krebskongress wurde zum zweiten Mal in Potsdam durchgeführt. Die Veranstalter ziehen jetzt eine positive Bilanz: Mehr als 370 Teilnehmer, 69 Referenten sowie 29 Aussteller und Sponsoren diskutierten an zwei Tagen die Herausforderungen eines Flächenlandes in der Onkologie.

>> In Anbetracht der demografischen Entwicklung, die sich auch im Flächenland Brandenburg vollzieht, war der 2. Brandenburger Krebskongress, der am 25. und 26. Februar 2011 im Hasso-Plattner Institut in Potsdam stattgefunden hat, eine gute Gelegenheit, die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Entwicklung der Onkologie im Land Brandenburg mit Experten diskutieren. Die Veranstalter ziehen eine insgesamt positive Bilanz, denn „noch nie hat eine onkologische Veranstaltung dieser Dimension in Brandenburg stattgefunden", so der LAGO-Vorsitzende Bernd Müller-Senftleben. Der Kongress, der nach 2009 zum zweiten Mal in Potsdam durchgeführt wurde, wird vom Tumorzentrum Land Brandenburg (TZBB) und der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg (LAGO) veranstaltet.

Mehr als 370 Teilnehmer, Referenten, Aussteller und Sponsoren diskutierten an den beiden Kongresstagen ein breites Spektrum interessanter Themen rund um die Onkologie in Plenarsitzungen und Workshops. „Menschen, die an Krebs erkranken, sollen in allen Regionen unseres Landes eine gute gesundheitliche Versorgung erhalten", so Gesundheitsministerin Anita Tack, die auch auch die Schirmherrschaft für den Kongresses übernommen hatte. In einem Flächenland wie Brandenburg, mit dünnbesiedelten Randgebieten und mit einer immer älter werdenden Bevölkerung ist das eine große Herausforderung.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen neue Erkenntnisse und Entwicklungen in allen Themenfeldern, von Prävention über neue Behandlungsverfahren, Vor- und Nachsorge, Patientenkompetenz bis zur humanen Sterbebegleitung. Experten aus der onkologischen Praxis, aus Wissenschaft, Forschung und Politik nutzten die Gelegenheit zur Diskussion und eines regen Erfahrungsaustauschs. Auch der scheidende Vorsitzende des Tumorzentrums, PD Dr. med. Stefan Koch, zeigte sich zufrieden: „Der Kongress hat zweifellos Maßstäbe gesetzt und eine gute Grundlage gelegt, die Veranstaltung dauerhaft im Land Brandenburg zu etablieren." <<

Die Siemens Finance & Leasing GmbH veröffentlicht eine aktuelle Studie:

Über 5 Mrd. ineffizient investiert

Mehr als fünf Milliarden Euro werden im deutschen Gesundheitssystem beim Kauf von medizinischem Equipment ineffizient investiert und in eingesetzter Medizintechnologie „eingefroren". Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie der Financial Services Sparte von Siemens (SFS), die bereits seit einigen Jahren untersucht, wie viel Kapital im Gesundheitswesen durch mangelnden Einsatz von Finanzlösungen gebunden ist.

>> „In Deutschland verzeichnet das Gesundheitssystem derzeit ein Defizit, das sich nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2011 auf rund 9 Mrd. Euro belaufen dürfte, wenn weitere Reformen ausbleiben", erklärt Kai-Otto Landwehr, Vorsitzender der Geschäftsführung der Siemens Finance & Leasing GmbH. Diesem Defizit steht ein gebundenes Kapital im deutschen Gesundheitssektor von auf rund 63 Euro pro Kopf (und damit insgeamt mehr als 5 Mrd.) entgegen. In England, Frankreich und Spanien liegt der Wert bei 33 bis 38 Euro pro Kopf. Im Vergleich zu den USA liegt der europäische Wert jedoch niedrig: Dort beträgt die Höhe des gebundenen Kapitals fast 100 Euro pro Kopf. Diese Zahlen spiegeln den Anteil am BIP wieder, den Länder bereit sind, für die Gesundheit ihrer Bewohner auszugeben. In Deutschland werden rund 11 % des BIP auf Gesundheitsleistungen verwendet, in Großbritannien 10 %, in Frankreich 11,2 %, in Spanien 9 % und in den USA stolze 17 %. <<