Im Interview: Prof. James C. Robinson PhD, Berkeley Center for Health Technology der University of California

„Das deutsche HTA-System ist eines der besten“

Mit „Reference Pricing in Germany: Implications for U.S. Pharmaceutical Purchasing“ [1,4] und „Pharmaceutical Reference Pricing: Does It Have a Future in the U.S.?“[2] sind zwei wissenschaftliche Beiträge überschrieben, die Prof. James C. Robinson PhD, MPH, bereits im Rahmen seiner vom Commonwealth-Funds[3] geförderten Studie veröffentlicht hat. Seine Erkenntnisse, die der Professor of Health Economics und Direktor des Berkeley Center for Health Technology (BCHT) der University of California in Berkeley in seinem Vortrag „An American in Berlin: Insights on Drug Assessment and Pricing under AMNOG“ den Teilnehmern eines BMC-Hintergrundgesprächs vermittelte, führt er in einem Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ weiter aus.

>> Herr Prof. Robinson, wie lange arbeiten Sie denn schon an diesem Projekt?

Das vom Commonwealth-Funds unterstützte Projekt läuft seit rund zwei Jahren und steht nun kurz vor dem Abschluss. In der Zeit war ich sechs Mal in Berlin und konnte – durch die Mithilfe des BMC und vor allem der Geschäftsführerin Dr. Ex – zahlreiche Stakeholder aus Politik, Kassen und Selbstverwaltung interviewen.

Mit welchem Ziel?

Ziel meiner Arbeit ist es, das deutsche Gesundheitssystem und hier vor allem die Nutzenbewertung und die darauf aufsetzende Preisbildung zu verstehen. Die ersten Erkenntnisse habe ich bereits in zwei Beiträgen publiziert, die – dem Auftrag der Studie gemäß – darauf ausgelegt waren, einen möglichen Knowledge-Transfer für das US-amerikanische Gesundheitssystem zu beschreiben. Dieses wird derzeit von einer hitzig geführten Debatte beherrscht, da die künftige Bezahlbarkeit der Arzneimittelpreise im Fokus steht. Im Moment denken alle – die Republikaner ebenso wie die Demokraten und sogar Präsident Trump –, dass unser bisheriges System so nicht weitergehen kann. Vor allem nicht mit den so immens hohen Arzneimittelkosten.

Präsident Trump hat in diesem Zusammenhang bereits einem internationalen Referenzpreis für Biologika vorgeschlagen.

Und was passiert ganz natürlicherweise? Die Demokraten sind vollkommen dafür und die Republikaner diametral dagegen, weil sie eigentlich gerne ein europäisches System haben würden, das aber nie bekommen werden.

Trump ist doch Republikaner.

Schon, aber eigentlich ist er eine ganz eigene Kategorie für sich. Er ist in erster Linie Pragmatist und Realist und stellt ganz zu Recht die Frage, warum die Struktur und Höhe der US-Preise so anders ist als in den anderen reichen Nationen.

Was ja auch stimmt.

Aber was zu hinterfragen ist. Darum habe ich eine Studie[5] mit zwei Mitautoren geschrieben, die die Preisentwicklung von 80 Biologika von 2006 bis 2018 verfolgt und in einen Vergleich Amerika zu Deutschland gesetzt hat. Damit meine ich die wirklichen Nettopreise, die in Deutschland in der Lauer Taxe und in Amerika bei Medicare veröffentlicht werden. Heraus kam, dass die echten Nettopreise 2008 in Amerika um 30 Prozent höher als in Deutschland lagen, 2018 um sogar 60 Prozent. Die erste und offensichtliche Erkenntnis ist natürlich: Die Diskrepanz ist enorm. Um hier schnell zu intervenieren, könnten Trump und seine Leute einige wirklich vorschnelle Aktionen starten, wie man an der aktuellen Handelspolitik mit China sieht. Darum ist es mein Bestreben, ein überaus komplexes Gesundheitssystem wie das deutsche zu verstehen und vor allem in Hinblick auf die Preisgestaltung zu analysieren. Vielleicht habe ich ja eine Chance, das amerikanische System zu überzeugen und das derzeit bestehende „Window of Opportunity“ zu nutzen, weil eben alle politischen Parteien händeringend nach Ideen und Lösungen suchen.

Kann denn Amerika überhaupt von Deutschland lernen?

Aber durchaus. Das deutsche Gesundheitssystem ähnelt in wichtigen Punkten dem der Vereinigten Staaten – es wird von mehreren privaten Kostenträgern finanziert und beruht in erster Linie auf Verhandlungen zur Preisfestsetzung. Zudem unterliegen neue Medikamente, die im Vergleich zu bestehenden Alternativen innerhalb einer therapeutischen Klasse nur minimale Vorteile bieten, einer Referenzpreisgestaltung, während nur diejenigen mit zusätzlichen Vorteilen Preisverhandlungen unterliegen. Und das anscheinend mit Erfolg: Denn das Referenz- und das ausgehandelte Preissystem haben die deutschen Arzneimittelpreise ganz erheblich unter den US-Äquivalenten gehalten. Aber die deutschen Preise sind noch ausreichend hoch genug, so dass die Pharmaindustrie im deutschen Markt noch genug Profite verdienen kann.

Am deutschen Wesen soll doch die Welt, zumindest Amerika genesen?

Amerika wird natürlich kein europäisches System, auch nicht das deutsche als Ganzes importieren wollen. Aber vielleicht Bestandteile wie das HTA-System, und, wie ich hoffe, auch das deutsche Verhandlungssystem.

Es gibt im amerikanischen System keine HTA-Bewertung?

Es existiert zumindest keine offizielle und auch keine allgemein gültige. Es gibt natürlich die FDA, wie es in Europa die EMA gibt. Doch das, was der G-BA macht, fehlt in Amerika völlig, weil jede Versicherung ihre eigenen HTA-Kriterien aufstellt und mit jedem pharmazeutischen Unternehmen ihre eigenen Preisverhandlungen durchführt, dies aber absolut informell und intransparent.

Die Kriterien sind nicht festgelegt?

Mal kann man einige auf den Websites der großen Versicherer einsehen, aber die hier herrschende Intransparenz ist ein wirklich großes Problem.

Das heißt im Umkehrschluss auch, dass die Preise sehr unterschiedlich sein werden.

Für Amerikaner ist es ziemlich merkwürdig, dass ein Staat einen einheitlichen Preis für alle festsetzt, weil bei uns bisher eben je-

des Versicherungssystem einen eigenen Preis aushandeln möchte. Das gilt aber nicht nur für Arzneimittel, sondern für alle anderen Leistungen der Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser oder weiterer Leistungserbringer. Das macht alles sehr kompliziert, weil beispielsweise ein Arzt für die Behandlung eines Patienten von einer Versicherung 100 Dollar bekommt, von der anderen vielleicht nur 50. Von einem Gleichheitsgrundsatz kann da keine Rede sein.

Da kann man doch sagen, dass Deutschland mit seinem sehr strukturierten Modell – die Politik gibt den Sicherstellungsauftrag an die Selbstverwaltung und diese organisiert über den Gemeinsamen Bundesausschuss das ganze Gesundheitssystem sehr einheitlich – ganz gut fährt?

Sicher. Genau darum bin ich doch hier! Das Problem dabei ist, dass in Amerika dieses eigentlich ganz gut funktionierende Selbstverwaltungssystem nicht existiert. Das macht es so schwer, in Deutschland gut funktionierende Detaillösungen zu exportieren.

Warum nicht welche aus Frankreich oder England?

Das deutsche System ist relativ ähnlich zum amerikanischen, wesentlich ähnlicher jedenfalls als das von England oder Frankreich, die stark auf eher zentralistische Single-Player-Systematiken aufsetzen. Das geht ideologisch gesehen in Amerika schon mal gar nicht, dem eine Marktwirtschaft mit starren Regeln und Institutionen in der Versorgung fremd ist, weil hier eben sehr stark auf Wettbewerb gesetzt wird: zwischen Versicherungen, Krankenhäusern und selbst Ärzten.

Also ein kapitalistisch-marktorientiertes System.

Sagen wir ein kapitalistisches Marktsystem, das aber Regeln und Rahmenbedingungen und dafür eben auch Regulatoren braucht. Aber auch Subventionen für Ärmere und Kränkere. Wobei es in Amerika nicht so einfach ist, die Mehrheit zu überzeugen, für andere zu bezahlen.

Weil solidarisches Denken nun einmal nicht in der Genetik des Amerikaners angelegt ist.

Amerika ist eine wunderbare Nation, aber sozialsolidarisch ist es nicht besonders hochstehend. Das liegt daran, dass die USA immer ein Einwandererstaat gewesen ist, in dem sich jeder selbst der nächste war.

Dennoch gab es 2010 den von Europa aus gesehen wunderbaren Ansatz des „Patient Protection and Affordable Care Act", kurz ObamaCare. Dann kam Präsident Trump und wollte ihn wieder abschaffen.

ObamaCare hatte zwei Aspekte. Einen, der in Europa bekannt war und einen eher nicht so bekannten. Zum einen wollte Präsident Obama mit seinem „Affordable Care Act" eine Basis-Versicherung für alle Amerikaner auf einer bestimmten Mindestqualitätsebene schaffen. Zum anderen wollte er aber auch die Amerikaner langsam davon überzeugen, dass Gesundheitssystem und -vorsorge kollektiv und sozial sein sollte und nicht individuell. Es ist kurios, dass in Amerika die einheitliche Ausbildung keine Diskussion ist. Wenn Leute nicht genug Geld haben, ihre Kinder in die Schule zu schicken, wird das meist aus Steuern oder über Zuschüsse und Stipendien bezahlt. Das ist absolut rational. Nur bei unserem Gesundheitssystem ist das anders, weshalb ja auch ObamaCare einen guten Zugang mit einer Mindestqualität verbinden wollte. Dabei waren die Ideen und Strukturen von ObamaCare fast alle von den Republikanern übernommen



worden, weil Präsident Obama ausdrücklich wollte, dass einige Republikaner dafür stimmen.

Was sie aber nicht getan haben.

Die Republikaner haben sich zu 100 Prozent dagegen ausgesprochen und den „Affordable Care Act" in der Zeit von Obamas Präsidentschaft zudem 60 Mal angefochten. 2017, nur sechs Wochen nach Trumps Amtsantritt, wurde ein Gesetzentwurf vorgelegt, nach dem ObamaCare durch ein neues System ersetzt werden und die Versicherungspflicht und Subventionen aus Steuermitteln abgeschafft werden sollten.

Was nichts anderes geheißen hätte, als dass laut dem unabhängigen Budgetbüro des Kongresses rund 14 Millionen Amerikanern der Verlust der Krankenversicherung gedroht hätte; manche meinen auch, dass es wohl eher 20 Millionen sind.

Eine horrible Alternative. Es ist schade, dass wir uns in Amerika mit solchen Ideen abkämpfen, wo wir doch so viele andere, wirklich elementare Probleme haben. Doch ist nun einmal in Amerika Gesundheitspolitik immer ein Blutkampf zwischen Republikanern und Demokraten, der viel Zeit und Energie verschwendet.

Bildet nicht Amerika die Staatenvielfalt Europas mit ihrer Unterschiedlichkeit der Player, der Kassensysteme als auch der Autoritäten ab?

Das kann man gut so sehen. Allerdings haben die Amerikaner immer Probleme damit, wenn etwas im großen Stil bundesstaatenweit oder gar standardisiert werden soll. Das kann man in etwa damit vergleichen, wenn – wie aktuell vorgeschlagen – in Europa auf einmal ein europäisches HTA-System eingeführt werden soll, was die nationalen Bewertungen obsolet machen würde.

Wäre das schlimm?