

„Wir müssen uns irgendw entscheiden, was wir wol

Im Titelinterview: Dorothee Brakmann, Hauptgeschäftsführerin Pharma Deutschland

Dorothee Brakmann, seit 1. April 2024 Hauptgeschäftsführerin des Branchenverbands Pharma Deutschland, spricht über die Bedeutung der Pharmaindustrie für die Vermeidung von Versorgungsengpässen. Sie hat dabei ein gesamthaftes Datenökosystem für das Gesundheitswesen, eine bessere Struktureffizienz, stabile Rahmenbedingungen und ein recht altes Thema im Blick: die Selbstmedikation. Das ist nicht altruistisch, steht ihr Verband doch für über 400 Arzneimittelhersteller, viele von ihnen im OTC-Geschäft tätig. Brakmann: „Selbstmedikation ist in der Lage, nicht nur Druck aus dem Erstattungssystem zu nehmen, sondern auch die Überbelastung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verringern."

>> Im April dieses Jahres veröffentlichte Pharma Deutschland eine eigene Digitalstrategie mit dem Ziel, zukünftige digitale Entwicklungen der Gesundheitsbranche intensiv und strukturiert zu begleiten. Bei der Vorstellung sagten Sie, Frau Brakmann, Folgendes: „Die pharmazeutische Industrie ist schon lange über die reine Arzneimittelversorgung hinausgewachsen. Die Digitalisierung der Branche ist aber weit mehr als ein zusätzlicher Aspekt. Sie betrifft heute die komplette Wertschöpfungskette, ist längst nicht mehr nur „add on", sondern integraler Bestandteil der modernen Gesundheitsversorgung." Wo soll Ihre Digitalstrategie ansetzen?

Das Wichtigste ist, die Digitalstrategie entlang der ganzen Wertschöpfungskette zu denken. Für die pharmazeutische Industrie beginnt sie bei der Rohstofflogistik, dem Drugdesign, der Produktion sowie der Studienplanung und -durchführung. Die Strategie umfasst aber auch den Arzneimittelhandelsbereich und die Diagnostik bis hin zu dem, was normalerweise im Fokus vieler digitaler Ansätze steht: der Versorgung und dem Datenmanagement. Unsere Digitalstrategie ist daher nicht als Einzellösung gedacht, sondern immer integrativ.

Darum ist Ihr Verband auch eines der Gründungsmitglieder von SphinX.

Exakt. Das ist ein Zusammenschluss von unterschiedlichen Akteuren im digitalen Gesundheitswesen. Sie kümmern sich darum, wie das komplette Gesundheitssystem digitalisiert werden kann: von den Produktions- und Lieferketten über die notwendige Standardisierung, von Datenflüssen einzelner Staaten bis hin zu einem harmonisierten europäischen Datenraum.

vann
len"

Hier gibt es verschiedene Pilotprojekte, die wir teilweise bereits in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25) mit einem Interview mit Maro Bader, Excellence Lead Digital Transformation von Roche Pharma, und Michael Hübner, Manager Innovationen und Digitalisierung, Unternehmensentwicklung der Sana Kliniken, erörtert haben.

Ich möchte hier aber einen Ansatz nennen, der uns als pharmazeutischer Industrie besonders am Herzen liegt, weil er die aktuellen Diskussionen um Lieferprobleme von Arzneimitteln, auf die wir sicher noch zu sprechen kommen werden, lösen hilft. Das SphinX-Modellprojekt „HealthTrack-X" versucht, ein gesamthaftes Datenökosystem für das Gesundheitswesen zu schaffen, wobei damit begonnen wird, die grundlegenden Produktions- und Lieferketten zu digitalisieren. Damit können weit im Vorfeld der tatsächlichen Versorgung vor Ort bereits die wichtigsten Daten strukturiert erfasstt werden, um beispielsweise später Versorgungsengpässe vermeiden zu können. Eine weitere Arbeitsgruppe namens „EHR2EDC" – das ist ein Akronym für die Übertragung von Gesundheitsdaten zwischen der elektronischen Patientenakte (EHR) eines Praxisverwaltungssystems und einer Studiendatenbank (EDC) – arbeitet daran, wie ePA-Gesundheitsdaten direkt in Studiendatenbanken überführt werden können, um so die klinische Forschung einfacher und auch schneller zu machen. Das wird die Wertschöpfungskette beschleunigen – natürlich auch zum Nutzen der Patient:innen, weil damit schneller als bisher innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen können.

„Wichtig ist vor allem, dass die in den verschiedenen Silos gehosteten Daten strukturiert und allgemein für alle zugänglich gemacht werden."

Leider stehen wir bei der elektronischen Patientenakte oder dem Electronic Health Record (EHR) noch ganz am Anfang. Erst seit dem 1. Oktober dieses Jahres sind die Healthprofessionals verpflichtet, die ePA mit Daten zu befüllen. Das heißt: Stand heute ist die Akte praktisch leer! Wenn sie Noten vergeben müssten von 1 ganz schlecht bis 10 superoptimal: Wo stehen wir denn in Sachen Digitalisierung in Deutschland?

Auf einer Skala von 1 bis 10 würde ich uns eine 4 geben. Doch was hilft es: Irgendwann müssen wir damit beginnen, die Daten, die uns allen zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems zur Verfügung stehen können, zu sammeln, um sie nutzen zu können. Natürlich ist es so, dass aktuell die ePA vielleicht noch nicht allen bekannt und noch nicht von allen Healthprofessionals genutzt wird, doch seit dem 1. Oktober müssen sie das tun. Das wird uns hoffentlich schnell weit nach vorne bringen. Wichtig ist vor allem, dass die in den verschiedenen Silos gehosteten Daten strukturiert und allgemein für alle zugänglich gemacht werden, damit endlich eine einheitliche Datenstruktur entsteht.

Sie haben eben Versorgungsmängel angesprochen, die durch Lieferengpässe von Medikamenten ausgelöst werden. Es ist aktuell von rund 500 Medikamenten die Rede, die derzeit offiziell als schwer verfügbar gemeldet sind. Würde Ihre Digitalstrategie dabei helfen, Lieferengpässe zu vermeiden, indem Ineffizienzen im Gesundheitssystem vermindert werden?

Das ist unsere Hoffnung. Wir brauchen vor allen Dingen eine bessere Struktureffizienz, weil wir im Moment sehr knappe Kassen haben. Wenn wir konsequent digitalisieren, schaffen wir es ganz sicher, effizienter zu werden und Gelder dort frei zu machen, wo wir sie besser einsetzen können. Dabei ist die Digitalisierung nur ein Werkzeug, das wir einsetzen könnten. Es gäbe noch weitere, die aber leider nicht im Fokus der Politik stehen.

Welche wären das?

Das ist vor allen Dingen ein altbekanntes und zugleich ein ganz aktuelles Thema: die Selbstmedikation.

Ihre Aussage als Hauptgeschäftsführerin von Pharma Deutschland verwundert eigentlich wenig. Ist Ihr Verband – bis zur Umbenennung

im März 2024 als Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller, kurz BAH, bekannt – doch der größte Branchenverband der Pharmaindustrie in Deutschland, der zudem die meisten Hersteller von verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln vertritt.

Stimmt schon. Es stimmt aber auch, dass die Selbstmedikation in der Lage ist, nicht nur Druck aus dem Erstattungssystem zu nehmen, sondern auch die Überbelastung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verringern. Wenn wir es wie andere europäische Länder endlich schaffen würden, mehr verschreibungspflichtige Medikamente zu switchen, also in die Selbstmedikation zu überführen, kämen Patient:innen bei geringfügigen Erkrankungen schneller und niederschwelliger an ihre Medikamente, weil sie nicht erst zur Arztpraxis, sondern gleich in die Apotheke gehen. Das entlastet zum einen die Praxen, weil Millionen von eigentlich unnötigen Arztbesuchen entfallen können, weil die für Bagatellerkrankungen nötige Beratung hierzulande genauso gut auch die extrem gut ausgebildete Apothekerschaft übernehmen kann. Das wiederum schafft Effizienzreserven bei der Ärzteschaft für schwere Fälle und vermindert den Druck auf die Finanzreserven der Krankenkassen. Über Härtefallklauseln für sozial Schwächere muss man natürlich reden, wobei man wissen muss, dass die meisten der hier infrage kommenden Medikamente sowieso unter der Zuzahlungsgrenze liegen.

Wie würden Sie einen Teil des dadurch frei werdenden Budgets einsetzen?

Ich würde es unter anderem dafür einsetzen, im Arzneimittelbereich die Lieferketten sicherer und resilienter zu gestalten. Einen Hauptteil der Arzneimittelversorgung – die Basisversorgung – macht in Deutschland der Generikabereich aus. Doch kommen diese generischen Wirkstoffe häufig schon lange nicht mehr aus Deutschland und Europa, sondern aus China und Indien. Ein enormer, politisch absolut gewollter Kostendruck hat dafür gesorgt, dass meist nur ein oder wenige Teilnehmer der kassenseitigen Generikaausschreibungen den Zuschlag bekommen: eben genau die, die den günstigsten Preis anbieten. Im Sinne der Versorgungssicherheit auch in Krisenfällen ist es jedoch in unser aller Interesse, Gelder und Ressourcen verfügbar zu machen, um die Resilienz zu stärken, indem es durch auskömmliche Preisgestaltungen wieder möglich ist, sowohl die Wirkstoffe aus verschiedenen Quellen zu beziehen als auch Lieferketten wieder zu diversifizieren.

Fürchten Sie nicht, dass die Pharmaindustrie noch viel mehr unter Druck geraten wird? Da ist zum einen US-Präsident Donald Trump, der scheinbar aleatorisch – aber wahrscheinlich doch nicht ganz – mit Zöllen um sich wirft, zum anderen die eben eingesetzte „FinanzKommission Gesundheit“, die bereits bis März 2026 erste Maßnahmenvorschläge zur Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027 vorlegen soll. Wer wird da wohl als Erstes mit weiteren Sonderabgaben belastet werden?

Letzteres wäre nicht die schlauste Entscheidung. Wir müssen uns als Gesellschaft irgendwann einmal entscheiden, was wir wollen. Wir haben doch alle im generischen Bereich gesehen, dass die allerbilligste Lösung wohl nicht die allerbeste ist, weil sie uns seit Jahren in wirklich massive Lieferschwierigkeiten geführt hat. Hinzu kommen aktuell globale Krisen wie der Ukrainekrieg und der Nahostkonflikt und obendrein US-Präsident Trump mit seinen angedrohten Zöllen auf Medikamente. Das alles setzt die Versorgung mit Medikamenten immer mehr unter Druck. Jetzt müssen wir uns überlegen: Wollen wir das weiter so machen? Wollen wir auch bei Innovationen wie bei Generika vollständig abhängig sein, diesmal nicht vom asiatischen und indischen Markt, sondern vom amerikanischen?

„Wir brauchen in Deutschland und in Europa dringender als je zuvor stabile Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass unsere pharmazeutische Industrie wieder in Deutschland und in Europa investiert!“

Trumps Zollpolitik ist doch nichts anderes als eine erpresserische Ansiedlungstaktik.

Wir brauchen in Deutschland und in Europa dringender als je zuvor stabile Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass unsere pharmazeutische Industrie wieder in Deutschland und in Europa investiert! Für mich ist die Expertenkommission des BMG und der Pharma-Dialog des Kanzleramtes die Nagelprobe dafür, ob wir wirklich wieder eine resiliente Arzneimittelentwicklung und -produktion wollen. Oder ob wir weiterhin von Jahr zu Jahr frei nach dem rheinischen Motto „Et hätt noch emmer joot jejange“ handeln und irgendwann vor einem Scherbenhaufen stehen.

Erkennen Sie positive Zeichen, dass die Politik wirklich umdenkt und eine langfristig standortsichernde Strategie will, anstatt immer wieder aufs Neue kurzfristig Finanzlöcher der Krankenkassen zu stopfen?

Ich sehe tatsächlich ein Umdenken in Europa.

Sie denken hier wohl unter anderem an den „Critical Medicines Act“, kurz CMA, mit diesem hat die Europäische Kommission im März 2025 einen Verordnungsvorschlag eingebracht, der den wiederkehrenden Medikamentenengpässen begegnen und die Verfügbarkeit und Versorgung mit kritischen Arzneimitteln innerhalb der EU sicherstellen soll. Zu den wichtigsten Zielen gehören die Förderung der Arzneimittelproduktion und der dafür notwendigen Lieferketten.

Richtig: Hier hat die Europäischen Kommission erkannt, dass wir ein Problem haben.

Frei nach dem berühmten Funkspruch der Apollo-13-Crew an die NASA im Jahr 1970, der nach der wahrlich kritischen Explosion eines Sauerstofftanks an Bord des Raumschiffs lautete: „Houston, we've had a problem“.

Die hatten ein lebensbedrohliches Problem. Und das droht auch uns, wenn auch auf längere Sicht und auf mehreren Ebenen. Da sind zum einen die bereits genannten Generikaausschreibungen, bei denen immer auf den niedrigsten Preis abgehoben wird, egal wo und wie produziert wird. Wichtig wäre hier, nicht auf den billigsten Preis zu schauen, sondern der Einbezug anderer Faktoren, wie zum Beispiel die Stabilität der Lieferketten, die Berücksichtigung des Produktionsstandorts und die Einhaltung von Nachhaltigkeitsstan-

dards. Das wäre ein erster, guter Schritt, den die Politik – wenn sie es denn will – ganz schnell angehen kann. Da wäre aber auch die Erkenntnis, dass es wirklich an der Zeit ist, endlich alle Effizienzreserven zu identifizieren und zu heben. Diese werden beispielsweise bei der dringend nötigen Krankenhausreform überhaupt nicht diskutiert.

Eine große Krankenhausreform, die ihren Namen auch verdient, wäre in der Lage, massive Effizienzreserven im System freizusetzen. Statt dessen wird es wohl wieder kurzfristig einen neuen Herstellerabschlag geben, anstatt viel mehr auf Effizienzen durch wesentliche Strukturveränderungen zu setzen.

Wollen wir es nicht hoffen. Ich setze auf das allgemeine Verständnis, dass kurzfristiges Löcherstopfen keine Strategie ist und langfristig zu gar nichts führt. Das wäre im Übrigen ein ganz tolles Thema für die Versorgungsforschung: „Welchen ökonomischen Impact haben Reformen im Gesundheitswesen auf Versorgungssicherheit?"

Das ist eine schöne Überleitung zum Innovationsfonds, der neue Modelle erprobt und evaluiert. Haben Sie in Ihrer Digitalstrategie mögliche Projektideen, die der Innovationsfonds fördern könnte?

Ich befürchte stark, dass der Fonds durch seine Regulatorik viel zu langsam ist, um bei der sehr schnelllebigen Digitalisierung eine große Rolle zu spielen. Bis ein Projekt aufgesetzt, beantragt, gefördert und durchgeführt sowie evaluiert und beschieden ist, vergehen viel zu viele Jahre. Sinnvoller wären hier Reallabore – auf Englisch „regulatory sandboxes" –, wie sie in der KI-Verordnung vorgesehen sind. Dieser Ansatz würde es durchaus ermöglichen, Innovationen für eine befristete Zeit unter möglichst realen Bedingungen zu testen. Ich bin wirklich gespannt, ob sich das hierzulande auch umsetzen lässt. Ich habe so meine Zweifel, ob wir da schnell und unbürokratisch genug sind.

Womit wir beim Datenschutz angekommen sind.

Wir sollten nicht nur über Datenschutz reden, der natürlich wichtig ist. Genauso wichtig ist jedoch das Thema Gesundheitsschutz. Denken wir einmal an Erkrankungen wie zum Beispiel die Endometriose. Wenn man die Daten zur Verfügung hätte, die man künftig mit dem Forschungsdatensatz zur Verfügung hat, hätte man das Muster, dass viele Frauen an unspezifischen Symptomen, aber ähnlichen Beschwerden leiden, sicherlich viel früher erkannt. Und vielen Frauen hätte früher geholfen werden können.



Dorothee Brakmann

ist seit 1. April 2024 Hauptgeschäftsführerin des Branchenverbands Pharma Deutschland. Sie kommt vom Hersteller Jansen, wo sie die Leitung Gesundheitsökonomie, Marktzugang und Erstattung innehatte und zuletzt den Bereich Onkologie/Hämatologie kommerziell verantwortete. Sie wurde bereits im September 2021 in den Vorstand des BAH (dem Vorgängerverband von PharmaD) gewählt und hatte die Rolle der Schatzmeisterin inne.

Vor ihrem Start bei Janssen war sie unter anderem als Krankenhausapothekerin in Großbritannien sowie für Kostenträger im Gesundheitswesen tätig. Dort entwickelte sie pharmakoökonomische Softwarelösungen für Apotheken.

Umso mehr, wenn zusätzlich KI eingesetzt wird.

Wenn man alle durch das Gesundheitsdatennutzungsgesetz im Forschungsdatenzentrum vorhandenen Daten durch eine KI nach Auffälligkeiten durchsuchen würde, könnte man sicher auch seltene Erkrankungen schneller erkennen. Das hätte einen enormen Nutzen für alle von seltenen Erkrankungen betroffenen Patient:innen. Eine gut trainierte Künstliche Intelligenz im Verbund mit einer großen Datenmenge hätte einen großen Nutzen und auch gesellschaftlichen Mehrwert. Auch das ist übrigens ein interessantes Feld für die Versorgungsforschung.

Wo sehen Sie die Rolle als Pharmaindustrie? Wir können uns doch alle recht gut daran erinnern, dass die Pharmaindustrie erheblich zu kämpfen hatte, um sowohl im deutschen als auch im europäischen Datenraum überhaupt als Teilhaber dabei zu sein.

Wir sind zumindest im Gesetz als Teilhabende vorgesehen. Insofern gehen wir davon aus, dass wir einen Datenzugang haben werden. Ich sehe teilweise immer noch die alten Vorbehalte von vor 30 oder 40 Jahren, doch sollten wir diese im Sinne der Patientinnen und Patienten endlich beiseitelegen.

Nun haben Sie zweimal die Versorgungsforschung erwähnt. Gibt es denn eine Versorgungsforschungsstrategie ihres Verbands?

Wir haben uns in letzter Zeit tatsächlich auf einem Gebiet bewegt, das wir schon angesprochen haben. Damit meine ich das Thema Eigenverantwortung und Selbstmedikation. Hier haben wir sehr intensiv beleuchtet, ob es Sinn macht, unser Gesundheitssystem durch OTC-Switches zu entlasten, indem vieles, was bisher in Arztpraxen geschieht, künftig verstärkt durch Apotheken betreut werden kann. Das würde die Apotheken als Teil eines Primärversorgungssystems stärken.

Können damit wirklich Effizienzreserven gehoben werden?

Aber sicher. Wenn man nur 13 der um-

satzstärksten Substanzen aus der Rezeptpflicht entlassen würde, könnte man 1,4 Milliarden Euro an Kassenausgaben einsparen. Über diese in Deutschland ungenutzte Effizienzreserve könnte man doch wirklich einmal nachdenken!

„Wenn wir frühzeitiger dafür gesorgt hätten, dass die für einfachere Entitäten verfügbaren Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht entlassen werden, hätte die Apothekerschaft schon längst das Werkzeug und den entsprechenden Zulauf."

Der im September dieses Jahres von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken beim 75. Apothekertag in Düsseldorf vorgestellte Fahrplan für „Reformen im Apothekenwesen" wird nach Inkrafttreten sicherlich zu einer wichtigeren Rolle der Apothekerschaft führen, weil unter anderem die Kompetenzen von Apotheken besser für die Versorgung genutzt werden sollen. So sollen beispielsweise Impfmöglichkeiten in den Apotheken erweitert und die Durchführung von patientennahen Schnelltests in Apotheken ermöglicht werden.

Auch das wäre eine wichtige Entlastung für die Ärzteschaft. Die Entlastung durch den Wegfall von Rezepten für durch OTC-Switches und Impfungen mit Totimpfstoffen, die niederschwellig – weil ohne Termin – auch bei Apotheken durchgeführt werden können, wird zu einer Verringerung der Systemkosten führen – bei wohlgemerkt gleichbleibender Qualität.

Welche Pläne haben Sie für die Zukunft?

Nehmen wir zum Beispiel die Packungsbeilagen, die jedem Medikament beiliegen müssen, aber nicht immer, wohl eher selten von Anfang bis Ende gelesen werden. Zudem sind die Formate unhandlich und Aktualisierungen können nur in Form eines Neudruckes erfolgen. Allerdings sind die Neuerungen für Patientinnen und Patienten nicht leicht erkennbar. Dem könnte man abhelfen, indem man auch hier digitaler denkt. Zum Beispiel könnten Packungsbeilagen digital in den APPs der Krankenkassen verfügbar sein. Dazu gehen wir, das diGItal Pilotprojekt, gerade Kooperationen mit einigen Kassen ein. Packungsbeilagen könnten aber auch über die elektronische Patientenakte verfügbar gemacht werden. Weil wir die Vorteile strukturierter Informationen auch in diesem Bereich sehen, sind wir politisch aktiv, wie auch beim sogenannten elektronischen Grünen Rezept. Diese Art der Empfehlungen aus der Feder der behandelnden Ärzt:in an die Patient:innen wurde jetzt umgesetzt. Auch solche kleinen und oft unbeachteten Schritte sorgen für Fortschritt in der Digitalisierung, sodass wir in der von Ihnen ins Spiel gebrachten Notenbewertung von 1 bis 10 vielleicht doch mal auf eine 5 kommen.

Denken wir zehn Jahre weiter. Wo glauben Sie, sollte das deutsche Gesundheitssystem bezüglich der Digitalisierung stehen?

Tatsächlich wäre es meine Vision, dass wir dann ein echtes, vernetztes und voll digitalisiertes Gesundheitssystem haben. Wobei eines immer wichtig bleiben wird: Die Patientenschaft muss die Hoheit über ihre Daten behalten. Der Datenschutz ist für die breite Akzeptanz enorm wichtig. Doch muss es bei all der nötigen Cybersicherheit möglich sein, dass jede Patient:in und – nach entsprechendem Consent – jede behandelnde Ärzt:in oder Apotheker:in Zugriff auf den aktuellen Stand der medikamentösen und sonstigen Versorgung hat. Dazu gehört auch eine möglichst einfach verständliche elektronische Packungsbeilage sowie Hinweise zur Komedikation oder Ernährung. Auch Impfkalender samt Erinnerungsfunktion sehe ich als sinnvoll an. Wenn all das einer Patientin oder einem Patienten möglichst niederschwellig zur Verfügung steht, kann sie oder er auch seine Eigenverantwortung im Gesundheitsbereich besser über- und wahrnehmen.

Im Rahmen des aktuellen Koalitionsvertrags wurde die Einführung eines flächendeckenden und verpflichtenden Primärarztsystems gefordert. Wie aber kommen wir zu einem interprofessionellen Primärversorgungssystem – auch unter Einbindung der Pflege, aber auch der Apotheken und womöglich der Level-1i-Krankenhäuser?

Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat so etwas Ähnliches mit seinen 1.000 Gesundheitskiosken versucht. Er hat dabei leider eine Zweitstruktur aufbauen wollen, anstatt da, wo es sie noch gibt, die vorhandene zu nutzen – eben die der Apotheken oder auch die der Pflegestützpunkte. Von daher finden wir das von der Apothekerschaft vorgelegte „Pharmacy First"-Konzept sehr smart. Sieht es doch vor, dass Apotheken die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem werden, um Patientinnen und Patienten bei relativ einfachen oder chronischen Krankheiten mit dringend benötigten Medikamenten direkt zu versorgen, was beispielsweise in Großbritannien bereits seit Langem umgesetzt wird. Wenn wir frühzeitiger dafür gesorgt hätten, dass die für einfachere Entitäten verfügbaren Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht entlassen werden, hätte die Apothekerschaft schon längst das Werkzeug und den entsprechenden Zulauf. Diesen Schritt hat Deutschland einfach verpasst. Dass das überaus frustrierend ist, liegt doch auf der Hand.

Weil die Ärzteschaft die Entlassung aus der Verschreibungspflicht gar nicht gerne sieht.

Diese Haltung stammt aus einer Zeit, aus der es noch genügend Praxen mit ausreichender Terminlage gab. Heute ist das doch längst ganz anders. Die beiden Berufszweige können vielmehr extrem gut zusammenarbeiten, um die Versorgung auch künftig sicherzustellen. Das müssen sie auch, wenn sie das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten an die erste Stelle stellen.

Wo Apotheken- und Ärzteschaft aufeinandertreffen, geht es doch in erster Linie immer ums Geld. Das haben wir bei unseren Impfkongressen nur zu oft erlebt.

Ich glaube dennoch, dass man diesen Konflikt entschärfen kann. Und auch muss, weil es eben um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten und nicht um ein möglichst großes Stück vom Budgetkuchen geht.

Das sagt ausgerechnet eine Vertreterin der Pharmaindustrie.

Richtig. Aber eine, die die Interessen von rund 400 Mitgliedsunternehmen vertritt, die wiederum fast 80 Prozent der in Apotheken verkauften rezeptfreien und fast zwei Drittel der rezeptpflichtigen

Arzneimittel herstellen. Es ist doch egal, ob wir über Stahl, die Autoindustrie oder für Pharma reden: „Wirtschaftsaufschwung ist die beste Sozialpolitik". Das ist auch meine Meinung. Der Satz stammt jedoch nicht von mir, sondern von Jens Spahn, dem Unionsfraktionschef, der auch mal Bundesgesundheitsminister war. Wir müssen unsere wichtigen Industrien – und dazu gehört Pharma mit rund 132.000 Beschäftigten ganz eindeutig – wieder Luft zum Atmen und damit zum Wirtschaften geben. Nur so werden wir den nötigen Aufschwung hinbekommen. Nur das wird dazu führen, dass bei den Krankenkassen endlich die Einnahmenseite wieder stimmt.

Und wir uns bei der Ausgabenseite dann viel weniger Gedanken machen müssen.

Das müssen wir trotzdem, weil uns allen ein auch in Zukunft finanzierbares Gesundheitssystem am Herzen liegen muss. Dazu gehört natürlich auch eine auskömmliche, aber auch eine für alle Seiten faire Preisgestaltung.

Gehört es nicht zum Geschäftsmodell Ihrer Mitglieder, möglichst viele und möglichst teure Medikamente verkaufen zu wollen?

Die Pharmaindustrie hat vor allem ein hohes Interesse daran, dass die von ihr entwickelten und produzierten Arzneimittel korrekt eingenommen werden. Korrekt heißt: nicht zu viel und nicht zu wenig und schon gar nicht nach dem Gießkannenprinzip. Wir werden doch letzten Endes spätestens seit Einführung der frühen Nutzenbewertung – auf die wir hier wegen der ihr eigenen Komplexität nicht eingehen können – daran gemessen, wie unsere Medikamente in der Versorgungsrealität funktionieren. Diese Daten werden übrigens fast regelhaft im jährlichen oder zumindest zweijährlichen wiederkehrenden Rhythmus erhoben, denn es gibt immer Re-Verhandlungen. Auch von daher liegt uns als Pharmaindustrie wirklich viel an Adhärenz und Compliance.

Gibt es entsprechende Konzepte zu Adhärenz und Compliance?

Da gab es schon ganz viele. Doch richtigen Erfolg werden sie erst haben, wenn die elektronische Patientenakte funktionsfähig und mit den notwendigen Medikationsdaten gefüllt ist. Dann wird man sehr genau analysieren können, ob eine Patient:in die verschriebenen Medikamente abgeholt und sich zumindest je nach Packungsgröße im entsprechenden Zeitraum erneut besorgt hat. Ob er oder sie die Medikamente auch wirklich eingenommen hat, steht natürlich auf einem anderen Blatt. Aber schon mit diesem Wissen kann man das Thema Adhärenz viel besser adressieren. Und kann, wenn denn der Patient oder die Patientin mitmacht, in einer voll digitalen Welt dafür sorgen, dass er oder sie an die Medikamenteneinnahme erinnert wird: über die ePA, über Apps oder über Smartwatches oder welches Wearable auch immer.

Dazu gehört natürlich immer, dass man bei alldem den Willen des Patienten oder der Patientin zu respektieren hat: Wer sich nicht erinnern lassen will, kann das für sich selbst entscheiden.

Die meisten Menschen werden aktiv an ihrer Gesundheit mitwirken wollen. Von daher sollten wir uns vom paternalistischen Blick, alles und jedes bestimmen und erinnern zu wollen, verabschieden. Sinnvoller wäre es, viel mehr Patient:innen in PROM- und PREM-Projekte einzubeziehen. Das würde die Rolle der Patient:innen enorm aufwerten, weil das von ihnen Erlebte stärker und womöglich in allen Aspekten berücksichtigt werden kann.

Da sind wir doch schon wieder in der Realität angekommen: Es werden die meisten nicht in RCT-Studien erhobenen Real-World-Daten überhaupt nicht anerkannt, weil sie nun einmal niemals die gleiche Qualität haben werden wie Daten einer randomisierten kontrollierten Studie.

Es stimmt natürlich, dass im Rahmen der frühen Nutzenbewertung bisher nur ein sehr geringer Anteil solcher Daten anerkannt worden ist. Dennoch müssen wir den Patienteneinbezug über eine möglichst konsequente Erhebung von PROM und PREM weiter ausbauen. Und natürlich müssen wir verstärkt daran arbeiten, dass solche Daten auch anerkannt werden. Schaffen wir das in möglichst absehbarer Zeit nicht, wird irgendwann die Motivation der Unternehmen, solche Daten zu erheben, erlahmen. Dabei sind so erhobene Daten höchst relevant: Es ist nun einmal vor allem das wichtig, was der Patient wirklich spürt und wie bei ihm und nicht in irgendeiner Kohorte die klinische Wirkung ausfällt. Darum ist die Anerkennung dieser Daten als gültige Evidenz von höchster Bedeutung. Doch denke ich, dass wir da eigentlich auf einem recht positiven Weg sind, auch wenn wir noch lange nicht am Ziel sind.

Frau Brakmann, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Brakmann, D., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wir müssen uns irgendwann einmal entscheiden, was wir wollen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2765