

## Verhältnis- und Verhaltensprävention gegen überbordende Ausgaben

Diese Unterschiede liegen nicht nur an der unterschiedlichen Kaufkraft in den jeweiligen Systemen, sondern auch an den Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme. Wenn daher die beiden Ebenen bei Präventionsintervention an dieser Stelle in Erinnerung gerufen werden, so ergeben sich mehrere Interventionsmöglichkeiten und -notwendigkeiten zur Begrenzung des ungehemmten Ausgabenwachstums in der Arzneimittelversorgung.

Die Verhältnisse müssen sich verändern:

■ Kein Arzneimittel darf ohne Preisverhandlungen in den GKV-Markt aufgenommen werden, die konsequente und rasche Umsetzung von Kosten-Nutzenbewertungen in großem Umfang durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist unerlässlich. Geringer oder gar kein Zusatznutzen darf nicht mehr „Mondpreise“ der Hersteller erlauben, Kosten und Nutzen müssen in einem „fairen“ Verhältnis zueinander stehen („money for value, value for money“), Höchstbeträge müssen auch für Spezialpräparate möglich sein. Bisher sind ausgerechnet solche Solisten von diesem Konzept ausgenommen (siehe § 31 Sozialgesetzbuch V – SGB V). Zusammengefasst: Das Privileg der Preisfestlegung durch die pharmazeutischen Hersteller muss fallen. Die Vergleiche mit den Herstellerabgabepreisen im Ausland zeigen in diesem Zusammenhang positive Wirkungen. Hier muss die Politik tätig werden, um diese Strategie auch gesetzlich abzusichern. Übrigens hilft die Senkung der Mehrwertsteuer nur vordergründig als Entlastungsstrategie für die Ausgabenreduzierung in der Arzneimittelversorgung, die Herstellerabgabepreise blieben davon unberührt, wenn nicht gleichzeitig konsequente Preisverhandlungen dazu führen, dass die Herstellerabgabepreise sinken. Rabattverträge können eine gewisse Entlastung bedeuten. Hier fehlt es allerdings an der Transparenz, um erkennen zu können, welche Einsparvolumina tatsächlich erreicht wurden. Auch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte wissen letztendlich nicht, wie sich ihr Arzneimittelkonto entwickelt, wenn die Rückvergütungsquoten nicht bekannt sind.

Das Verhalten muss sich verändern:

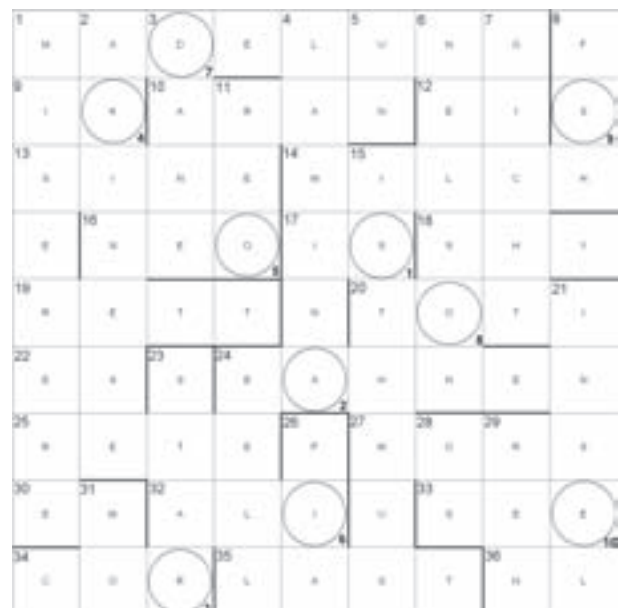
■ Ärztinnen und Ärzte müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Verordnung stärker berücksichtigen, dabei geht es so-

wohl um die Qualität der Verordnung, um die Menge und die Preise. Da, wo es möglich ist, sollen preisgünstige Alternativen noch konsequenter als bereits heute genutzt werden, damit dort, wo es notwendig ist, auch teure Arzneimittel angewendet werden können („headroom for innovation“). Hierzu können Preisvergleichslisten ebenso beitragen wie Arzneimittellisten mit entsprechenden Klassifikationen des therapeutischen Wertes der jeweiligen Arzneimittel (1. Wahl, 2. Wahl, Reservemittel). Solche Informationen sollten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, möglicherweise in Kooperation mit den Kassen erstellt werden. Verordnungsanalysen können dazu beitragen, die individuelle „Betroffenheit“ der jeweiligen Praxis bei den wichtigen Verordnungs- und Kostenproblemen darzustellen (gemäß § 305 a SGB V), Pharmakotherapie-zirkel können die Diskussion darüber vertiefen und Lösungsstrategien zur Vermeidung von Verschwendung entwickeln. Ärztinnen und Ärzte müssen über diesen Weg immun werden gegen die übertriebenen Versprechungen pharmazeutischer Hersteller zugunsten ihrer Produkte, wie sie von etwa 16.000 Pharmareferenten in 25 Millionen Arztbesuchen Jahr für Jahr angeboten werden – Kosten etwa drei Milliarden Euro. Auch Anwendungsbeobachtungen und viele Fortbildungsveranstaltungen dienen zur Beeinflussung der Verordnungsweise – Hersteller legen nicht nur die Preise für ihre

Arzneimittel fest, sondern wollen auch noch die Verordnungsentscheidungen beeinflussen bis hin zu „gekauften“ Verordnungen im Rahmen wissenschaftlich fragwürdiger Anwendungsbeobachtungen.

Die Erfahrungen zeigen, dass solche Maßnahmen in einem abgestimmten Programm zur Optimierung der Qualität und Vermeidung unnötiger Arzneimittelausgaben wirken, sie werden aber nur erfolgreich sein können, wenn auch die Politik die entsprechenden Rahmenbedingungen beschließt. Die GKV braucht für die Versorgung ihrer Versicherten die pharmazeutische Industrie als Basis für den therapeutischen Fortschritt in der Arzneimittelversorgung ebenso wie die Ärzte für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten, die Preise und die Ausgaben für Arzneimittel müssen aber in einem fairen Verhältnis zu ihrem Nutzen stehen – davon sind wir aber bei vielen neuen Arzneimitteln weit entfernt, Verhandlungslösungen auf der Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen sind daher die wichtigste Strategie für die Zukunft, damit die Arzneimittelausgaben nicht auf Dauer unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem überfordern.

*Professor Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Parkallee 39, 28209 Bremen, E-Mail: gglaeskezes.uni-bremen.de*



Auflösung des Kreuzworträtsels aus Heft 1-2/2010, Seite 36. Das Lösungswort lautet: SARKOIDOSE.