

Pharmaindustrie wehrt sich gegen einseitigen Sanktionsmechanismus

„Härtere Sanktionen“ und ein verfeinertes Instrumentarium der „Kostendämpfung“ kündigte Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg vor der diesjährigen Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie für den Fall an, daß die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen nichts fruchten. Der Pharma-Bundesverband wies dirigistische Eingriffe in das Gesundheitswesen entschieden zurück.

Mit Entschiedenheit hat sich der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) anlässlich seiner diesjährigen Hauptversammlung (am 5./6. Mai 1981 in Hamburg) gegen einseitige Kostendämpfungsmaßnahmen und Sanktionen zu Lasten einzelner Sektoren des Gesundheitswesens ausgesprochen. Statt dessen sollten verstärkt marktwirtschaftliche Prinzipien eingesetzt werden, um das Gesundheitswesen zu verbessern und dauerhaft finanzierbar zu halten.

Der „amtlichen“ Kostendämpfungspolitik warf der neu amtierende BPI-Hauptgeschäftsführer, Prof. Dr. med. Hans-Rüdiger Vogel, vor, daß sie die Chancen einer intensiven ambulanten Medizin nicht ausreichend nutzen würde und darüber hinaus langfristig eine Verlagerung der verfügbaren Mittel in besonders personalintensive, kostenexpansive Bereiche begünstige, deren Leistungen vergleichsweise erheblich teurer seien als die der niedergelassenen Ärzte. Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ habe zwar zu einer Entpolemisierung der Diskussion und einem intensiveren Meinungs- und Informationsaustausch aller Beteiligten geführt, habe aber eine „echte und dauerhafte Kostendämpfung“ bislang nicht bewirkt. Dadurch, daß besonders kostendynamische Bereiche wie etwa das Krankenhaus, die Sektoren Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz noch nicht in das Konzept der Globalsteuerung der Ausgaben eingebunden seien, hätte das „durchaus berechtigte und begründbare Interesse

der Politiker an einer wirksamen Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ zu Ungleichgewichten, Unzuverlässigkeiten und massiven Umverteilungen innerhalb der Sektoren der Leistungsanbieter geführt. Daraus ergebe sich, diagnostizierte Vogel, ein nicht zu bestreitender Ablaufmechanismus: „Die bestehende Verteilung der Mittel auf die einzelnen Leistungsbereiche wird mittelfristig festgeschrieben, langfristig wird sogar eine Verschiebung zugunsten der besonders teuren, relativ unproduktiven Leistungsarten erfolgen.“

Namentlich erwähnte der BPI-Hauptgeschäftsführer den durch die Krankenhausfinanzierung begünstigten Trend zum besonders kostenträchtigen Großkrankenhaus bei gleichzeitiger Verdrängung der weniger vorhaltungskostenintensiven kleineren Hospitäler. Außerdem seien Höchstbeträge nur für die ärztliche, zahnärztliche sowie die Arzneimittelversorgung vorgeschrieben, während die übrigen Sektoren praktisch ungeschoren blieben, obwohl hier nachweislich große Einsparungs- und Rationalisierungsmöglichkeiten bestünden. Insgesamt entfielen auf die drei bisher bereits „kostengedämpften“ Leistungsbereiche zusammen nur ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies habe wiederum zur Folge, daß seit dem Inkrafttreten des „Kostendämpfungsgesetzes“ die Struktur im Gesundheitswesen festgeschrieben würde; nach dem derzeitigen System der Krankenhausfinanzie-

Pharmaindustrie

zung würde sogar eine „Kostenmaximierung“ prämiert. Daran ändere auch grundsätzlich die zielgerichtete Anwendung der Philosophie des sogenannten Bayernvertrages nichts, denn letztendlich müsse eine intensiviertere ambulante ärztliche Betreuung zusätzlich noch die Kosten der „quasi nicht stattgefundenen Krankenhausbehandlung“ zahlen. Vogel schlußfolgerte daraus: „An dieser widersinnigen Lage könnte sich nur etwas ändern, wenn die kommunalen Krankenhausträger und die Arbeitnehmervertreter den Mut aufbrächten, den Widerspruch zwischen ihren eigenen und den Interessen der Solidargemeinschaft durch entsprechende Schrumpfungmaßnahmen zu beseitigen.“

Als einen untragbaren Zustand bezeichnete Vogel die Tatsache, daß allein in der Bundesrepublik Deutschland ein Drittel des Weltverbrauchs an Dentalgold (= 28 Tonnen Gold) von den Krankenkassen bezahlt werde – zum Segen der deutschen Dentalindustrie, aber ganz gewiß nicht im Sinne des Erfinders und schon gar nicht nach den Wunschvorstellungen der amtlichen Kostendämpfer. Vogel ironisch: „Es muß gefragt werden, ob zu Lasten der Solidargemeinschaft alles Gold sein muß, was im Munde der Versicherten glänzt, und ob die GKV einen dentalen Rolls Royce bezahlen muß, wenn es auch ein ökonomischeres Modell tut.“

Weder Negativ- noch Positivlisten

Nach Meinung des Pharma-Bundesverbandes können weder Negativ- noch Positivlisten zu einer nachhaltigen Kostendämpfung bei den Arzneimittelausgaben der Krankenkassen führen; ebensowenig kann der Versuch, auf die Arzneimittel verschreibenden Ärzte durch Überprüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit der verordneten Präparate einzuwirken, einen Rückgang bei den Verordnungen verursachen. In allen Fällen ist lediglich mit einer Verlagerung der ärztlichen Verordnungen auf andere Präparate zu rechnen, wobei diese Substitutionsprozesse mitunter sogar

Kostensteigerungen Vorschub leisten können. Der BPI zitierte eine kalifornische gesundheitsökonomische Studie, die nachwies, daß seit Einführung der sogenannten Negativlisten die Arzneimittelkosten binnen Jahresfrist zwar um 11,4 Prozent sanken, die Gesamtausgaben von Medicaid stiegen jedoch um 7,3 Prozent. In absoluten Zahlen: Bei den Arzneimitteln wurden vier Millionen Dollar eingespart, denen Mehrausgaben in anderen Therapiebereichen von 15 Millionen Dollar gegenüberstanden.

Ordnungspolitische Neuorientierung

In einem in Hamburg verabschiedeten Grundsatzpapier sprach sich der Verband für eine „ordnungspolitische Neuorientierung im Gesundheitswesen“ aus. Es müßten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß jeder Beteiligte – Verbraucher und Leistungserbringer – in Verfolgung eigener Interessen zugleich zur Erreichung der allgemeinen politischen und wirtschaftlichen Ziele beiträgt. Ohne das System zu bürokratisieren, sprach sich der BPI dafür aus, das Krankenkassenrecht durchgängig so zu reformieren, daß der sparsame Umgang mit Gesundheitsgütern und -leistungen belohnt, ein Mißbrauch aber „bestraft“ wird. Sinnvoll seien wirksamere finanzielle Sanktionen (auch mehr Direktbeteiligungen) gegen die Verschwendung von knappen Mitteln.

Im einzelnen argumentiert der Pharma-Bundesverband im Hinblick auf Medikamentenlisten wie folgt:

► Der Versuch, durch Negativlisten eine Kostendämpfung zu erreichen, muß scheitern, da Substitutionsprozesse zugunsten anderer Präparate und vermehrte Krankenhauseinweisungen die Kostenlast der Krankenkassen erhöhen müßten.

► Auch Positivlisten hätten ähnliche Folgen, da sie zu keinem Rückgang im Verordnungsvolumen und -verhalten, sondern lediglich zu einer Verlagerung auf die dort aufgeführten Präparate, und zwar mit voller Konsequenz, führen würde.

► Der Versuch, auf die verordneten Ärzte im Sinne einer rationalen Arzneimitteltherapie durch ständige Überprüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln durch Krankenkassen einzuwirken, würde keinen Rückgang bei den Verordnungen verursachen, sondern allenfalls eine Verlagerung auf Präparate bewirken, die den Kriterien der Kassen standhalten.

Der BPI befürwortete, bei bestimmten Kassenleistungen (etwa Zahnersatz usw.) das schon heute praktizierte Prinzip der Direktbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten neu zu überdenken und gegebenenfalls sachlich zu differenzieren (etwa prozentualer Selbstbehalt beim Zahnersatz). Das Rationalisierungspotential der heute verfügbaren Arzneimittel müsse weiter ausgeschöpft werden (Beispiel: Impfprophylaxe). Es wäre nicht nur ein Beweis der Glaubwürdigkeit aller Sparappelle, wenn sich der Staat dazu durchringen würde, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel zu reduzieren oder ganz – wie im europäischen Ausland – zu streichen (Kostenspunkt für den Fiskus: rund 1,6 Milliarden DM).

An die Arzneimittelverbraucher gewandt, argumentierte der BPI, „Arzneimittel sind nicht die Problemlösung schlechthin für alle Unpäßlichkeiten und Krankheiten unseres Lebens“. Ein sorgfältiger Umgang mit und ein gezielter Einsatz von Arzneimitteln ist nach Ansicht der Industrie ein gangbarer Weg, der sämtliche „Feinsteuerungen“, die Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg in Hamburg angedroht hat, entbehrlich mache. Die übrigen Essentials der Pharmaindustrie lauteten:

► Direkte und indirekte Förderung der Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel;

► Abbau überzogener bürokratischer Anforderungen an neue Arzneimittel;

► Reduzierung der amtlicherseits geforderten Zahl der Tierversuche; ►

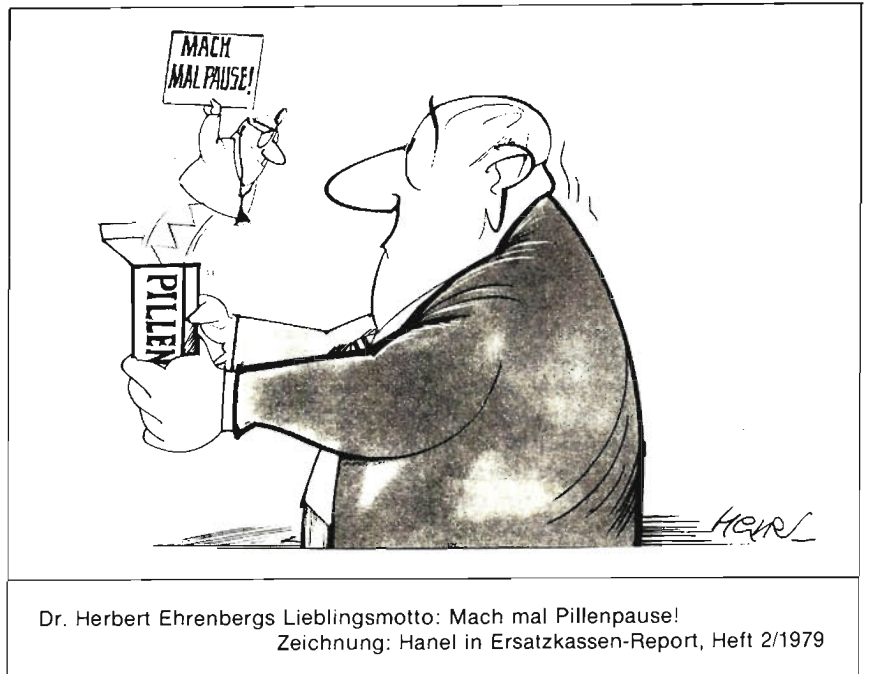
► Festlegung international einheitlicher Kriterien, um die Anforderungen an den Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten festzustellen;

► steuerliche Erleichterungen für Forschung und Entwicklung, Substitution der direkten durch mehr indirekte staatliche Forschungsförderung.

Ehrenbergs Epistel

Keine wohlwöbllichen Worte offerierte Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg der Delegiertenversammlung und den prominenten Rednern der Verbände auf dem Podium. Der Minister ließ keinen Zweifel daran, daß das noch „unvollendete“ Konzept der Kostendämpfung im Gesundheitswesen weiterentwickelt, effektiver gestaltet und nach allen Seiten abgeschottet werden müsse, auch im Arzneimittelbereich. Die Ausgaben könnten jedoch nur dann begrenzt werden, sagte der Minister, wenn sich alle Gruppen an der Lösung dieser Aufgabe ernsthaft und fair beteiligten. „Es darf weder einen Naturschutzpark, noch Ausreißer geben“, erklärte der Minister apodiktisch. Die Aufforderung des Pharma-Bundesverbandes an die Mitgliedsfirmen (die 95 Prozent des Gesamtumsatzes der Branche repräsentieren), die Preise in diesem Jahr möglichst stabil zu halten, bezeichnete Ehrenberg als konstruktiven Beitrag für die Kostendämpfung. Allerdings sähe er es noch lieber, wenn die Herstellerfirmen „noch ein bißchen länger“ den Preisstabilitätsempfehlungen des BPIs folgten.

Der Minister wies darauf hin, daß die Ausgaben im zweiten Halbjahr 1980 den finanziellen Rahmen der GKV erheblich überschritten und auch die Ausgaben der Krankenkassen (1980: + 9 Prozent) den durch die Grundlohnentwicklung vorgegebenen Finanzrahmen gesprengt hätten. Deshalb müsse auch die Wirksamkeit der von der Selbstverwaltung der Krankenkassen zu vereinbarenden Arzneimittelhöchstbeträge in Frage gestellt werden.



Dr. Herbert Ehrenbergs Lieblingsmotto: Mach mal Pillenpause!
Zeichnung: Hanel in Ersatzkassen-Report, Heft 2/1979

Sanktionen angedroht

Wenn die Maßnahmen der gesundheitspolitischen „Globalsteuerung“ nicht fruchteten, müßten notgedrungen die weniger marktwirtschaftlichen, dirigistischen Sanktionen und Feinsteuern „vor Ort“ ergriffen werden. Der Minister empfahl den Krankenkassen, die Instrumente des KVKG voll auszuschöpfen und, dort wo nötig, die Prüfungsausschüsse „in Marsch zu setzen“. Es müsse alles daran gesetzt werden, die vorgesehenen Höchstwerte für die Ausgabenzuwächse einzuhalten, möglichst sogar zu unterschreiten.

Das sogenannte „Frühwarnsystem“ der Kassenärztlichen Vereinigungen müsse weiter verbessert und stärker auf die „individuelle Verordnung des einzelnen Arztes ausgerichtet werden“. Es genüge nicht, wenn den Kassenärzten von Zeit zu Zeit Hinweise auf eine drohende Überschreitung des finanziellen Spielraums bei der Arzneiverordnung gegeben würden. Der Minister meinte, es seien Sanktionen anzudrohen, wenn das vorhandene Instrumentarium (auch die Arzneykostenstatistik der Krankenkassen) voll wirksam sein solle.

Ein aus Bundesmitteln gefördertes Forschungsvorhaben beabsichtige, die Leistungsstatistik auch in anderen Bereichen transparenter zu gestalten und Ursachen ebenso wie Einflußfaktoren der Ausgabenentwicklung aufzudecken. Zudem würden Anstrengungen unternommen, den § 223 RVO (den sogenannten Transparenzparagrafen) mit Leben zu erfüllen. Danach sollen Versicherte wie verordnende Ärzte regelmäßig über die in Anspruch genommenen Kassenleistungen und die damit verbundenen Kosten unterrichtet werden. Im Gegensatz zur Pharmaindustrie hält Bundesarbeitsminister Ehrenberg „Positivlisten“ nach Schweizer Vorbild für durchaus praktikabel, denn in solchen Listen würde für jeden überprüfbar und nachweisbar festgeschrieben, was zu Lasten der GKV verordnet werden dürfe. Zudem erhielten die Ärzte „objektive Daten über therapeutischen Wert, Qualität und Preise“.

Noch nicht alle „Schulaufgaben“ erledigt

Nicht sehr günstig beurteilt der aufsichtführende Minister die bisherige

Pharmaindustrie

Arbeit der sogenannten „Transparenzkommission“. Bisher seien lediglich zwei Teillisten fertiggestellt, die nur einen geringen Teil des Arzneimittelmektes abdecken.

Auch die beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Auftrag gegebene Preisvergleichsliste sei noch „unvollendet“. Andererseits dürfe eine überzogene und unsachliche Kritik an dem angeblichen „Listenwirrwarr“ dem Arzt nicht suggerieren, er verliere vor lauter Übersichten den Überblick. Hier sei eine gründliche Bestandsaufnahme notwendig; auch der bis Jahresende vorzulegende Erfahrungsbericht über die Auswirkungen des neuen Arzneimittelgesetzes (vom 1. Januar 1978) müßten Aufschlüsse über wichtige pharmakopolitische Fragen (Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelangebot, Preisvergleich und wirtschaftliche Verordnungsweise) geben und gegebenenfalls Wege für Abhilfemaßnahmen aufzeigen.

Ob das neue Arzneimittelgesetz die Bewährungsprobe bestanden habe oder nicht, darüber wollte der Minister erst nach Auswertung und Vorlage des kompilierten Erfahrungsberichts vor dem Deutschen Bundestag befinden.

Für den Minister steht fest, daß wir derzeit nicht zu viele Listen, sondern daß wir keine Liste haben, „die alle wirtschaftlich wichtigen Arzneimittelgruppen umfaßt“. Ohne auf die seit Jahren anhaltende Diskussion der angeblich übergroßen Zahl von Präparaten, vieler angeblich „unwirksamer“ oder „fragwürdiger“ Kombinationspräparate einzugehen, appellierte der Minister an alle Beteiligten, daß nicht nur preisliche, sondern auch sämtliche qualitativen Aspekte der Arzneimittel bei der Durchforstung des Angebots auf dem Arzneimittelmarkt erfaßt werden sollten. Als eine konkrete Maßnahme, um die Markttransparenz zu verbessern, bezeichnete der Minister eine objektive und wissenschaftlich abgesicherte Arztinformation. Eine durch „Indikationslyrik“ geprägte Arzneimittelwerbung sei nicht geeignet, das Image der Phar-

maindustrie zu verbessern. Laut Minister Ehrenberg wendet die Branche zur Zeit jährlich eine Milliarde DM für rund 10 000 Pharmaberater („Pharmareferenten“) auf; hinzu kämen mehrere 100 Millionen DM für die Anzeigenwerbung.

Positiv aufgenommen wurde in Hamburg das Versprechen des Ministers, daß die Bundesregierung die „Rahmenbedingungen für die Arzneimittelforschung“ zusammen mit der Industrie verbessern will. Namentlich erwähnte er eine Verlängerung des Patentschutzes und die Verstärkung der indirekten Forschungsförderung.

Die kürzlich erst beschlossene Harmonisierung durch das Europäische Patentabkommen habe die Laufzeit in der Bundesrepublik von 18 auf 20 Jahre verlängert. Gründlich geprüft werden müsse der BPI-Vorschlag, wonach für alle Produkte, die einer staatlichen Registrierung beziehungsweise Zulassung unterliegen, die Patentschutzzeit mit der Registrierung oder Zulassung beginnen soll.

Unfruchtbare Selbstbeteiligungsdebatte

So unkonventionell neu und diskussionswürdig manche Anregungen in Hamburg auch waren, allein die totale Absage an die Erprobung von praktikablen Selbstbeteiligungsmodellen seitens des Bundesarbeitsministers überraschte kaum. Auf Unverständnis und Kopfschütteln stieß der Minister, als er Selbstbeteiligungsmodelle mit dem Hinweis „madig“ zu machen versuchte, sie hätten weder im französischen gesetzlichen System noch in der privaten Krankenversicherung hierzulande „funktioniert“ und die Kostendynamik zu bremsen vermocht. Allein dem Sprecher der Arbeitgeber, Dr. jur. Werner Doetsch, blieb es vorbehalten, stichhaltige Argumente für die Direktbeteiligung anzuführen:

Nur eine „finanzielle Therapie“ mache dem Versicherten deutlich, daß er maßgeblichen Einfluß auf sein

Gesundheits- und Krankheitsverhalten habe; ein Selbstbehalt habe sich auch in anderen Versicherungssektoren als sehr steuerungswirksam erwiesen, meinte der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA).

Schließlich sei noch ein Argument des Hauptgeschäftsführers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Eckart Fiedlers, registriert: An die Adresse Ehrenbergs gewandt, sagte er „Es gibt keine verfassungsmäßige Grundlage für eine Kollektivschuld und Kollektivhaftung!“ Und: „Wie will man stichhaltig begründen, daß sich die ‚Gesundheitsausgaben‘ nach dem Wirtschaftsgeschehen und nach dem Konjunkturverlauf richten sollen? Die Morbiditäts- und Mortalitätsrate gehorchen aber anderen Kriterien und Gesetzmäßigkeiten als die Regeln des Konjunkturverlaufs, des Auf und Ab von Rezession und Überbeschäftigung“. Fiedler warf in die Debatte, statt bei einer Überschreitung eines globalen Arzneimittelhöchstbetrages die ärztlichen Gesamtvergütungen rigoros zu kürzen (wie früher einmal beabsichtigt), die Hauptverantwortlichen in die Pflicht zu nehmen. Und beifällig wurde sein Bonmot aufgenommen: „Wie wäre es, wenn künftig die Politiker und Minister für die Defizite im Staatshaushalt haften müßten, indem sie sich einen Abzug an ihren Bezügen und Gehältern gefallen lassen müßten!“

Dr. Harald Clade

Prof. Rudolf Kopf neuer BPI-Vorsitzender

Prof. Dr. Rudolf Kopf, Firma Bayer Leverkusen, ist zum Vorsitzenden des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Frankfurt gewählt worden. Er tritt die Nachfolge von Direktor Max P. Tiefenbacher, Firma Hoechst AG, Frankfurt, an. EB