

# Kosten und Versorgung im Blick behalten

Stefanie Stoff-Ahnis vom GKV-Spitzenverband will die Arzneimittelversorgung stärker an individuellen Bedürfnissen ausrichten. In Sachen Regulierung und AMNOG sieht sie aber Nachbesserungsbedarf.

Anmerkung der Redaktion: Das Interview wurde vor der Coronakrise geführt.



Foto: GKV-Spitzenverband

## Zur Person

Stefanie Stoff-Ahnis, ist Mitglied des Vorstands des GKV-Spitzenverbands. Die gebürtige Brandenburgerin lebt mit ihren zwei Kindern und Ehemann in Berlin. Zuvor war sie seit 2006 bei der heutigen AOK Nordost tätig und verantwortete als Mitglied der Geschäftsleitung das Ressort Versorgung.

**Sie haben sich zum Amtsantritt für eine patientenfreundlichere Versorgung ausgesprochen. Wie soll die im Bereich der Arzneimittel aussehen?**

Eine gute Versorgung durch Apotheken heißt für mich, den Fokus auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Menschen zu legen. Wie erhalten Verbraucher – auch in dünnbesiedelten Gebieten mit relativ wenigen Apotheken – ihre Arzneimittel? Welche Öffnungszeiten bieten Apotheken? Gibt es Lieferdienste oder Abholstationen? Kann man digitale Serviceangebote nutzen?

Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten hängen auch bei der Arzneimittelversorgung immer von der individuellen Lebenssituation ab. Ein Rentner kann andere Vorlieben haben als eine Schichtarbeiterin.

Wichtig ist es darum, vielfältige Angebote und flexible Versorgungsstrukturen zu schaffen. Das beginnt bei den Vorgaben für Öffnungszeiten bis hin zu neuartigen Formen der Versorgung wie Telepharmazie.

In diese Reihe fällt natürlich auch der Versandhandel, der erstmals neue Versorgungsstrukturen etabliert hat. Der Versandhandel ist im Segment der verschreibungspflichtigen Arzneimittel eine sehr kleine Nische. Gleichwohl wird er genutzt.

Es gibt also einen Bedarf und es gibt Apotheken – durchaus auch klassische Einzelapotheken –, die entsprechende Angebote machen und so die Versorgung weiterentwickeln wollen. Diese sollten wir nicht in ihren Möglichkeiten beschränken.

Der Botendienst ist ein weiteres Beispiel für patientenorientierte Versorgungsformen. Während z.B. die Telemedizin in der ärztlichen Versorgung ausgebaut wird, gibt es derzeit keine vergleichbare Entwicklung im Bereich der Apotheken. Das ist schade. Denn mit Hilfe der neuen Technologien könnte die Beratung besser an Patientenbedürfnissen ausgerichtet werden. Zugleich könnten auch die Fixkosten in Apotheken und die Rentabilitätsschwelle für die angebotenen pharmazeutischen Dienst-

leistungen deutlich gesenkt werden. Damit wäre die Versorgung auch in der Fläche für Apotheken attraktiver.

**Sind Arzneimittel in Deutschland zu teuer?**

Eine pauschale Antwort greift zu kurz, hier muss man sich sicherlich die Teilmärkte ansehen. Im Generikamarkt führt der Wettbewerb, zusammen mit den Festbeträgen und den Rabattverträgen, zu guten Lösungen – für Patientinnen und Patienten sowie für Beitragszahler.

Größere Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen derzeit tendenziell noch bei Biosimilars. Anders sieht es bei neu zugelassenen patentgeschützten Arzneimitteln aus. Hier sind die Preisvorstellungen der Unternehmer oft überhöht, bezogen auf den tatsächlich nachgewiesenen Zusatznutzen. In den Verhandlungen gelingt es meistens, Erstattungsbeträge zu vereinbaren, die dem nachgewiesenen Nutzen Rechnung tragen. Allerdings gilt dieser neue Preis erst ein Jahr nach dem Inverkehrbringen. Hier muss der Gesetzgeber nachbessern. Der Erstattungsbetrag muss rückwirkend ab dem ersten Tag gelten. Neue Gentherapien sind für das Verfahren eine große Herausforderung. Sie sind extrem teuer, versprechen

„In der Arzneimittelversorgung gibt es durch Forschung und Entwicklung große Chancen.“

eine lang anhaltende Wirksamkeit nach teilweise nur einmaliger Gabe, kommen aber oft über eine verkürzte Zulassung auf den Markt. Das heißt, Nutzen und Risiken sind beim Markteintritt nur unvollständig belegt. Hier entsteht eine sowohl für Patientinnen und Patienten, wie auch Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen sehr schwierige Situation. Zugleich erinnert der Contergan-Skandal daran, welche Gefahren von Arzneimitteln ausgehen können, die nicht eingehend auf Wirksamkeit und Sicherheit geprüft wurden.

**Es gibt Stimmen aus dem GKV-Bereich die behaupten, die Rabattverträge hätten mit Lieferengpässen nichts zu tun. Sehen Sie das auch so?**

Lieferengpässe werden derzeit gerne den Rabattverträgen einzelner Krankenkassen angelastet – aus meiner Sicht eine Scheinargumentation der Industrie. Schauen Sie z. B. ins Krankenhaus. Rabattverträge sind im stationären Bereich nicht anwendbar und dennoch gibt es dort Lieferengpässe. Wie kann das sein? Hersteller versuchen, günstig zu produzieren und zwar im globalen Kontext. Das ist legitim. Wenn jedoch die Produktion von Arzneimitteln oder Wirkstoffen auf wenige Standorte oder sogar nur einen einzigen konzentriert wird, haben Produktionsausfälle eine enorme Auswirkung auf die Arzneimittelversorgung.

Ähnlich sieht das auch die Wissenschaft. Ein aktuelles Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

macht Produktions- und Qualitätsprobleme seitens der Hersteller als Hauptursache für Lieferengpässe aus. Ein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Ausschreibungsinstrumenten wie den Rabattverträgen in Deutschland konnte nicht abgeleitet werden. Um Lieferengpässe zu vermeiden, ist für den Unternehmer eine planbare Nachfrage hilfreich. Und genau diese Planbarkeit bieten Rabattverträge. Krankenkassen wissen, wie viele Versicherte sie z. B. mit chronischen Erkrankungen betreuen. Für die Hersteller sind das wichtige

**„Der Erstattungsbetrag muss rückwirkend gelten.“**

Informationen, um ihre Produktion an erwartete absetzbare Mengen auszurichten sowie Produktionskapazitäten in optimaler Höhe zu planen. Rabattverträge sind somit ein adäquates Mittel, die Verfügbarkeit von Arzneimitteln zu verbessern. Auch das hat das Gutachten attestiert.

**Kosten im Blick behalten und trotzdem die bestmögliche Versorgung mit Arzneimitteln gewährleisten. Wie kann man das erreichen?**

In einem solidarisch finanzierten System ist es immer eine Gratwanderung, sowohl die Kosten als auch eine bestmögliche Versorgung für die Patientinnen und Patienten im Blick

zu behalten. In der Arzneimittelversorgung gibt es durch Forschung und Entwicklung große Chancen. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt aber auch: Nicht jedes neue Medikament revolutioniert die Patientenversorgung. Oft ist es aber deutlich teurer als die bisherigen Therapien. Wenn zwei Behandlungsoptionen zum gleichen Ergebnis führen, muss in einem Solidarsystem die günstigere der beiden gewählt werden.

Gleichwohl sind höhere Ausgaben akzeptabel, wenn damit ein steigender Nutzen für die Patientinnen und Patienten einhergeht. Das ist auch der Grundsatz bei den Erstattungsvertragsverhandlungen für neue Wirkstoffe. Es werden jene Innovationen belohnt, die besser als der bisherige Therapiestandard sind.

**Ist das AMNOG aus Ihrer Sicht ein Erfolgsmodell?**

Aus Sicht des Patientenschutzes definitiv ja. Erst durch das AMNOG wird beispielsweise auch in Deutschland geprüft, welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel gegenüber dem bisherigen Therapiestandard bietet. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stehen jedermann öffentlich zur Verfügung und bieten so Experten wie Laien eine wertvolle Orientierung. Einen neuen Versorgungseffekt wird es sicherlich künftig geben, wenn die G-BA-Beschlüsse in den Praxisverwaltungssystemen der behandelnden Ärzte eingepflegt sind und zu einer passgenauen Therapieentscheidung führen. Aum

## Risiken & Nebenwirkungen

**„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag frei zustellen, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt. [...]“**

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG:  
 ÄA 2 Reserveantibiotika zu Artikel 5, Nummer 3b, § 35a SGBV

Es ist gut, dass der Gesetzgeber Reserveantibiotika fördern und damit den Kampf gegen Resistenzbildungen intensivieren will. Er hat erkannt, dass wir mit der etablierten Bewertungssystematik aus der Frühen Nutzenbewertung hier nicht weiterkommen. Darüber hinaus müssen Besonderheiten in der Nutzenbewertung auch für andere versorgungsrelevante Wirkstoffe gelten, insbesondere für Arzneimittel mit einer Genehmigung für die pädiatrische Verwendung (PUMA). Diese Innovationen basieren auf bewährten Wirkstoffen und können deshalb im Rahmen der AMNOG-Systematik ebenfalls nicht adäquat bewertet und erstattet werden. PS/Aum