

ärztlicher Gesundheitsberufe das Verständnis der unterschiedlichen Berufsgruppen füreinander stärken und die Zusammenarbeit im Team Normalität im Alltag werden lassen.

In der Diskussion wurde aber auch hervorgehoben, dass u. a. mit der stufenweisen Implementierung der neuen Primärversorgung oder dem „Gesundheitstelefon 1450“ bereits Schritte in die richtige Richtung gesetzt wurden. Nichtsdestotrotz gilt es, weitere Maßnahmen zu setzen, um das österreichische Ge-

sundheitssystem – nicht nur für behandlungsintensive Patienten – bestmöglich und nachhaltig für die Zukunft zu rüsten.

Pia-Maria Döbler (Hauptverband)

LITERATUR

Hanna Sydow, Lisa Bornscheuer, Laura Knöpfpler, Prof. Dr. Volker Amelung (2018). Hochnutzer – Lehren aus internationalen Erfahrungen zur effizienten Versorgung von behandlungsintensiven Populationen. Bericht des Instituts für angewandte Versorgungsforschung.

Kommentar

Fairness in der Preisgestaltung, Fairness in der Debatte

In der Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung „Soziale Sicherheit“, Ausgabe 9/2018 ist ein Artikel mit dem Titel „Faire Preisgestaltung bei neuen Medikamenten – hilft ‚unbundling‘?“ erschienen.

Wer im Titel seines Beitrags das Wort „fair“ verwendet, sollte jedoch aus meiner Sicht auch um eine faire, sachliche Diskussion bemüht sein und nicht die Preisgestaltung von Arzneimitteln für strukturelle Versäumnisse und Systemschwächen verantwortlich machen. In diesem Sinne soll in den folgenden Zeilen ein sachlicher Beitrag ohne Polemik versucht werden.

Gleiche Leistung für gleiches Geld?

Einleitend werden in dem Artikel die „untragbaren Medikamentenpreise“ als Alleinschuldige für den Untergang der weltweiten Gesundheitssysteme identifiziert. Die Autoren bemühen in diesem Zusammenhang den Begriff der „social toxicity“, um die Gefahr des ungleichen Zugangs zu (teuren) Medikamenten zu unterstreichen. Dies ist umso mehr verwunderlich, als gerade einer der Autoren für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen verantwortlich zeichnet. Wobei hier der Fairness halber darauf hingewiesen sein soll, dass dieses in Österreich hervorragend funktioniert (was nicht gegen eine weitere Verbesserung spricht).

Die Preise sinken, sie steigen nicht

Zugegeben, es wurden in jüngerer Vergangenheit innovative Arzneimittel auf den Markt gebracht, deren Preise die Höhe der eingesetzten Ressourcen, die Höhe des Patientennutzens, die relativ geringe Anzahl an betroffenen Patienten, vor allem aber das Risiko ihrer Entwicklung widergespiegelt haben. Balanciert wurde dies aber immer durch die gleichzeitig stattfindende, teilweise dramatische Vergünstigung bei anderen Arzneimitteln aus deutlich größeren Marktsegmenten.

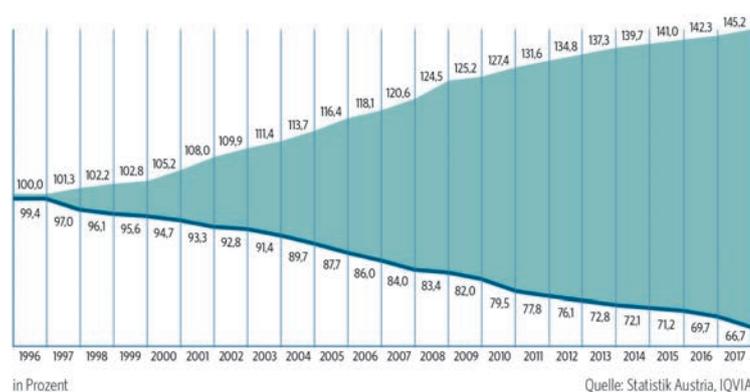
Die Arzneimittelpreise sind insgesamt seit dem Jahr 1996 jedes Jahr gefallen. Eine (fiktive) Arzneimittelpackung, die im Jahr 1996 noch zehn Euro kostete, kostete 2017 nur mehr 6,67 Euro. Dagegen ist der Verbraucherpreis-

index im selben Zeitraum kontinuierlich gestiegen. Abbildung 1 führt diese Situation plastisch vor Augen.

Für sämtliche von den Krankenkassen erstatteten Arzneimittel gilt eine Reihe von Preisregularien: Als Preisobergrenze gilt der EU-Durchschnittspreis. Für Generika gilt die Generika-Regel (Preisreduktion um mindestens 65 %), für Biosimilars die Biosimilar-Regelung (Preisreduktion um mindestens 52 %), gleich gute Arzneimittel müssen günstiger sein usw. In der Praxis ist die Preissenkung deutlich höher. Sogar für nicht im Erstattungskodex gelistete Produkte gilt ab einer gewissen Umsatzschwelle der EU-Durchschnittspreis.

In vielen Fällen gewähren pharmazeutische Unternehmen den sozialen Krankenkassen und Spitälern Preisnachlässe. Unter diesen Gesichtspunkten sind die Steigerungen der Arzneimittelausgaben der Jahre von 2017 bis 2021 voraussichtlich deutlich geringer. Dies zeigt eine Studie auf, die fünf europäische Länder unter die

Abbildung 1: Preisentwicklung (Basis FAP)



in Prozent

Quelle: Statistik Austria, IQVIA

■ Verbraucherpreisindex* (Jahresdurchschnitt), VPI 96 (1996=100)

■ Medikamentenpreisindex** (Basis FAP)

* der Verbraucherpreisindex (VPI) ist ein Maßstab für die allgemeine Preisentwicklung bzw. Inflation in Österreich.

** der Medikamentenpreisindex (Basis FAP) basiert auf IQVIA Berechnungen und ist ein Element des Wachstums. Der Medikamentenpreisindex beinhaltet Veränderungen des Preises in % der bereits am Markt eingeführten Produkte im Vergleich zur Vorperiode. (siehe dazu Seite 76)

Quelle: Pharmig, Daten & Fakten 2018, S. 75

Lupe genommen hat. Folglich wird von lediglich 1,5 % Wachstum ausgegangen, entsprechend dem vorhergesagten Wirtschaftswachstum.¹

Nicht die Öffentlichkeit, sondern die Patienten zahlen zweimal

Jährlich wird – ganz im Stillen – zudem die Rezeptgebühr angehoben. Das führt dazu, dass sich die Patienten immer mehr Arzneimittel selbst bezahlen müssen. Wenn man bedenkt, dass sie Sozialversicherungsbeiträge zahlen und dann auch noch für eine immer größere Anzahl von Arzneimitteln selbst aufkommen müssen, dann werden sie zweimal zur Kasse gebeten.

Das aber wird der Industrie vorgeworfen, nämlich, dass sie ihre Produkte auf Erkenntnissen der öffentlich finanzierten Grundlagenforschung aufbauen würde und die Produkte dann auch noch über öffentliche Gelder bezahlt würden. Tatsache ist, dass Forschungsprojekte, an denen z. B. Start-ups oder andere Forschungseinrichtungen arbeiten und die die pharmazeutischen Unternehmen als vielversprechend identifizieren, von diesen ja auch abgegolten werden. Diese Projekte werden den etablierten Pharmafirmen ja nicht zum Nulltarif überlassen. Erfolgsgarantien werden ihnen klarerweise auch keine mitgegeben.

Will man also das von der öffentlichen Hand in derartige präklinische Forschungsprojekte geflossene Geld wieder zurückhaben, müsste man bei jenen Institutionen anknöpfen, die ihre Ideen weiterverkauft haben.

Klinische Forschung kostet, vor allem für Unternehmen

Es ist festzuhalten, dass Unternehmen den öffentlichen Institutionen ihren Zeit- und Personalaufwand unter anderem in der klinischen Prüfung abgelten und allen Patienten die Prüf- und die Vergleichsmedikation gratis zur Verfügung stellen. Sie muss nicht von der Sozialversicherung bezahlt werden. Das ist der Nutzen von klinischen Studien, neben dem Know-how-Gewinn für das an der Studie beteiligte Personal, dem Reputationsgewinn für das Institut und der frühen Verfügbarkeit von innovativen Medikamenten für die Studienteilnehmer. Ressourcenaufwändig und risikoreich ist weniger die Grundlagenforschung selbst, wie der Artikel vorgibt, sondern vielmehr ihre Umsetzung zu einem anwendbaren Medikament. Die dafür nötigen Ressourcen und Risiken werden dann in der Regel nicht mehr von der öffentlichen Hand getragen. Das ist verständlich, denn es dauert durchschnittlich zwölf Jahre, bis ein Medikament die Marktreife erlangt.² Die Wahrscheinlichkeit zu scheitern ist dabei extrem hoch: Von 5.000 bis 10.000 Anfangssubstanzen erlangt schlussendlich eine einzige als Medikament die Zulassung.³ Damit einher-

gehende Investitionen betragen da schon ca. 2,6 Mrd. US-Dollar.⁴

Die Notwendigkeit, Grundlagenforschung öffentlich zu finanzieren, besteht allein schon aus ihrem eigenen Anspruch, dass nur dort „das wirklich Neue passiert bzw. die Grundlagen auch für das gesellschaftlich [...] Neue gelegt werden“.⁵ Das führt laut Wissenschaftsrat auch dazu, dass die Grundlagenforschung ein „konstitutives Element der Entwicklung einer wissenschafts- und technikgestützten Gesellschaft“ ist.⁶ Daher sei auch der Status der Grundlagenforschung in der internationalen Forschungsförderung entsprechend hoch anzusiedeln.

Wenn die Forderung aufgestellt wird, „dass öffentlich finanzierte Forschung in kostenfreier Nutzung und in einem breiten Zugang zu erschwinglichen Medikamenten resultieren muss“, dann muss man diesen Gedanken auch zu Ende führen: Welchen Anteil hat, unter den zuvor genannten Bedingungen, letztlich die öffentlich finanzierte Forschung an der Arzneimittelentwicklung? Wäre die Öffentlichkeit auch bereit das finanzielle Risiko für die Anwendungsforschung zu übernehmen? Wohl kaum.

Pharma investiert in Grundlagen- und angewandte Forschung

Wenn wir einen Blick auf die Forschungsausgaben der pharmazeutischen Industrie werfen, wird offensichtlich, dass ein guter Teil davon auch in die Grundlagenforschung („Pre-Human/Pre-Clinical“) fließt. Gleichzeitig wird aber auch ersichtlich, wo in der Arzneimittelentwicklung der Großteil des eingesetzten Geldes liegt, nämlich in der klinischen Forschung (50,2 % der Gesamtausgaben in den Phasen I bis III).

Function	Dollars	Share
Pre-Human/Pre-Clinical	\$11,168.7	15.6%
Phase I	\$6,201.0	8.7%
Phase II	\$8,277.4	11.6%
Phase III	\$21,377.0	29.9%
Approval	\$2,788.7	3.9%
Phase IV	\$8,152.9	11.4%
Uncategorized	\$13,433.8	18.8%
TOTAL R&D	\$71,399.4	100.0%

Quelle: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 2018 PhRMA Annual Membership Survey; <https://www.phrma.org/report/2018-phrma-annual-membership-survey>. Dollar-Angaben in Mio.

Die pharmazeutische Industrie hat ein grundlegendes Interesse daran, dass Patientinnen und Patienten die Medikamente bekommen, die sie benötigen. Dies zu gewährleisten, ist aber nicht allein die Aufgabe der Industrie. Es ist vor allem die Aufgabe der Politik und eines fairen Sozialversicherungssystems.

Mag. Alexander Herzog (Generalsekretär der Pharmig)

1 Espin, J., Schlander, M., Godman, B., Anderson, P., Mestre-Ferrandiz, J., Borget, I., Hutchings, A., Flostrand, S., Paraby, A., Jommi, C. (2018): Projecting Pharmaceutical Expenditure in EU5 to 2021: Adjusting for the Impact of Discounts and Rebates.

2 Paul, S. M., et al. (2010): How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry's grand challenge, *Nature Reviews Drug Discovery*, 9, S. 203–214.

3 Pharmig, Daten & Fakten, S. 34.

4 DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., Hansen, R. W. (2016): Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs, *J Health Econ*, 47, S. 20–33.

5 Österreichischer Wissenschaftsrat (2010): Stellungnahme zur Bedeutung der Grundlagenforschung und ihrer Förderung.

6 Österreichischer Wissenschaftsrat (2010): Stellungnahme zur Bedeutung der Grundlagenforschung und ihrer Förderung.