



Foto: Katschy

„Gesicherter Nutzen“

Medikamentenpreise entfachen Diskussionen. **Alexander Hagenauer**, Chefverhandler im Hauptverband, ortet eine unangemessene Preispolitik der internationalen Pharmakonzerne, **Jan Oliver Huber**, Generalsekretär der Pharmig, hält das für unfaire Panikmache.

Interview **Andrea Fried**



Jan Oliver Huber und Alexander Hagenauer verhandeln die Medikamentenpreise in Österreich.

Die Pharmaindustrie will möglichst hohe Gewinne machen, die Sozialversicherung möglichst wenig Geld ausgeben. Wie kann sich das ausgehen?

Hagenauer: Wir haben unterschiedliche Rollen. Unsere Aufgabe als Krankenversicherung ist es, den Patienten die Medikamente, die sie benötigen und die auch einen gesicherten Nutzen haben, zur Verfügung zu stellen. Als Einkäufer von Arzneimitteln müssen wir auch die Marktposition der Versicherten wahrnehmen und den Monopolen und Oligopolen der Industrie den Schutz des Sozialversicherungssystems entgegenstellen.

Müssen die Patienten geschützt werden?

Huber: Ja, und zwar vor der Sozialversicherung. Denn den Monopolvorwurf gebe ich gerne an den Hauptverband zurück. Er entscheidet alleine, welches Medikament unter welchen Voraussetzungen von den Krankenkassen bezahlt wird. Die Unternehmen haben hier keine Wahl. Die Sozialversicherung verwaltet die Pflichtbeiträge der Arbeitgeber und -nehmer für die Leistungen, die uns per Gesetz zustehen. Sie entscheidet dabei, aus welcher Bandbreite Ärzte Medikamente verschreiben können.

Hagenauer: Klar ist, dass der Arzt die Therapieentscheidung trifft und die Versicherten einen Anspruch auf Leistungen haben. Wir verwalten das Geld der Versicherten treuhänderisch und müssen damit auskommen. Die Frage ist: Wie kaufen wir in diesem System Medikamente ein und zu welchem Preis?

Bekommen Patienten alle Medikamente, die sie brauchen?

Huber: Grundsätzlich haben wir eine gute Versorgung, solange die Ärzte ihre Therapieentscheidung nach bestem Wissen und Gewissen treffen können. Aber wir müssen aufpassen, denn in den letzten Jahren gab es immer mehr Einschränkungen bei der Verschreibbarkeit innovativer Medikamente.

Hagenauer: Studien zeigen, dass wir in Österreich Medikamente mit einem nachweisbaren medizinischen Nutzen sehr rasch für die Patienten verfügbar machen. Bei den Krebsmedikamenten sind wir, wie eine Studie aus Schweden zeigt, im EU-Vergleich sogar auf Platz eins.

Worauf führen Sie das zurück?

Hagenauer: Wir haben seit 2005 ein transparentes System zur Aufnahme von Medikamenten in den Erstattungskodex (EKO). Firmen stellen Anträge an den Hauptverband. Die Heilmittel-evaluierungskommission (HEK) prüft den pharmakologischen Innovationsgrad und die medizinisch-therapeutische Wirksamkeit. Auf dieser Basis werden die Preise verhandelt. Zusätzlich zu den Medikamenten, die im EKO aufgelistet sind, werden von den Krankenkassen nach chefärztlicher Bewilligung auch Medikamente aus der sogenannten „No Box“ bezahlt.

Huber: Die Wirksamkeit eines Medikaments wird bereits bei der Zulassung auf europäischer Ebene von der EMA (European Medicines Agency) geprüft. Der Hauptverband prüft das noch

einmal. Ich finde, es macht gar keinen Sinn, hier eine Zweigleisigkeit zu etablieren.

Hagenauer: Dazu haben wir den gesetzlichen Auftrag. Ich verstehe, dass Sie das nicht gerne hören. In der HEK sitzen die führenden Pharmakologen dieses Landes, die den Innovationsbegriff der Industrie kritisch hinterfragen. Sie beurteilen auch, welchen Zusatznutzen ein Medikament gegenüber den derzeit verfügbaren Arzneimitteln hat.

Was ist denn eine wirkliche Innovation auf dem Medikamentenmarkt?

Huber: Das ist oft nicht ganz einfach, denn nicht jedes neue Arzneimittel ist ein therapeutischer Durchbruch. Es gibt Schrittinnovationen. Oft gibt es einen anderen Nutzen für die Patienten. Wenn ich statt vier Tabletten pro Tag nur mehr eine pro Woche schlucken muss, kann das ein großer Vorteil sein. Das bedeutet Lebensqualität. Es sollte auch nicht verboten sein, ein Medikament in die Zulassung zu bringen, das gleich gut wirkt wie die vorhandenen. Meine Erfahrung war immer so: Wenn der Preis passt, wird über den Innovationsgrad nicht gestritten.

Wie stellt man denn den Nutzen fest?

Hagenauer: Nicht alles, was scheinbar eine Innovation ist, ist auch wirklich eine. Von rund 73 Krebsmedikamenten, die die EMA zwischen 2009 und 2014 zugelassen hat, lagen bei rund 23 Prozent keine Daten zu den Endpunkten „Gesamtüberleben“ und „progressionsfreies Überleben“ vor. Das zeigt, wie zentral die Rolle der HEK und des Hauptverbandes bei der Beurteilung der Wirksamkeit ist.

Huber: Daten zu den Endpunkten kann es bei innovativen Medikamenten nicht immer geben. Gerade die Arzneimittel gegen Krebs haben in den letzten Jahren Unglaubliches erreicht. Wir können heute viel mehr Jahre des Überlebens sicherstellen als vor 20 Jahren. Wir behandeln um 30 Prozent mehr Patienten, und der Prozentsatz der Krebsmittel an den gesamten Gesundheitskosten ist nahezu konstant. Das zeigt, dass Therapien viel effektiver geworden sind.

Hagenauer: Bleiben wir bei den Fakten: Zwischen 2009 und 2016 sind die Kosten der Krankenversicherung für Krebsmittel von rund 129 auf über 258 Millionen Euro gestiegen – bei gleichbleibendem Anteil an den Verordnungen. Mir geht es auch darum, den Innovationsbegriff, wie ihn die Industrie verwendet, zu entmystifizieren. Eine Studie des Ludwig-Boltzmann-Institutes für HTA zeigt, dass nur jedes siebte Krebsmedikament eine Lebensverlängerung von über drei Monaten verspricht.

Huber: Meine Zahlen beziehen sich sowohl auf den niedergelassenen als auch auf den Spitalsbereich. Immer mehr Krebsmittel gibt es auch in Tablettenform und können daher auch außerhalb des Spitals verabreicht werden. Da treffen die Kosten dann die Sozialversicherung. Das ist das Problem mit der geteilten Finanzierung – wir haben keine gesamthafte Rechnung und Sichtweise im Gesundheitswesen.

Aufsehen haben die Hepatitismedikamente erregt. Können wir uns das leisten?

