

Politik kompakt

Der Politikbrief der Arzneimittel-Importeure

06

21

Im Blickpunkt I

Fünf Punkte für die Gesundheitspolitik der kommenden Wahlperiode

Grenzsicherungen, Exportbeschränkungen bei Arzneimittel- und Medizinprodukten, Lieferengpässe oder gar temporär leergefegte Märkte für Schutzmasken oder Einmalhandschuhe, überlastetes Personal in Pflegeheimen und Krankenhäusern, Ausgabenexplosion, unterbesetzte Gesundheitsämter, die mit Fax arbeiten – man könnte die Liste plakativ noch weiter ausführen.

Corona hat schonungslos die Defizite des Netzwerkes im Gesundheitswesen aufgezeigt, welches mehr ein Flickenteppich als gut verknüpft zu sein scheint. Jegliche Koalitionsregierung wird sich nach der Wahl den Strukturen und der gesicherten Finanzierung annehmen müssen. Wir zeigen dazu 5 grundsätzliche Punkte auf.

1. Erhalt der vier Grundfreiheiten der Europäischen Union

Gerade der Umgang mit der Pandemie hat gezeigt, dass eine Einschränkung des freien Verkehrs von Personen, Waren, Kapital und Dienstleistungen sowie nationale Alleingänge eben nicht zu besseren Lösungen führt. Kontrollen des grenzüberschreitenden Personenverkehrs aus Infektionsschutzgründen mögen für eine gewisse Zeit eine von mehreren notwendigen adhoc-Maßnahmen sein. Jegliche Maßnahme muss jedoch stets notwendig und geeignet sowie verhältnismäßig sein. Der gewachsene Europäische Binnenmarkt als eine der ökonomischen Grundlagen der nationalen Gesundheitssysteme hat jedoch inzwischen einen so hohen Grad arbeitsteiliger Verflechtung erreicht, so dass zum Beispiel Import- oder Exportverbote nicht nur zwischen EU-Ländern leicht zum Zusammenbruch der globalen Liefer- und

Versorgungsketten mit verheerenden Folgen führen. Eine der Lektionen aus der Pandemie muss daher sein, die vier Grundfreiheiten grundsätzlich sicherzustellen. Dazu gehört auch der freie Verkehr von Arzneimitteln im Europäischen Binnenmarkt. Hinter Forderungen, Arzneimittel vom freien Warenverkehr auszunehmen, steckt ausschließlich der Versuch, Wettbewerb einzuschränken und kostensteigende Oligopole sowie die Gefahr künstlicher Verknappung zu Lasten der Patientinnen und Patienten zu zementieren.

2. Mehr (Qualitäts-)Wettbewerb als Steuerungsinstrument

Das deutsche Gesundheitswesen ist traditionell durch Gesetze, Verordnungen und auch Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung umfangreich reguliert. Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss, die vor 17 Jahren mit wenigen Beschäftigten gestartet sind, sind inzwischen zu einem zweiten Gesundheitsministerium angewachsen, weil der Gesetzgeber immer mehr Vorgaben für den G-BA verabschiedet hat. So ist die Selbstverwaltung gezwungen, eine kaum noch überschaubare Flut von Richtlinien und Detailentscheidungen zu produzieren, dazu kommen immer enger werdende zeitliche

Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser,

Im September endet die 19. Wahlperiode zum Deutschen Bundestag und die Republik wählt ihre Volksvertreter. In den Monaten des vorgelagerten Wahlkampfes schauen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft traditionell nach vorne. Das „wir wollen“ dominiert vor dem „wir haben“. Die Mehrheit der Bürger wählt in der Regel mit dem Blick nach vorne. Schließlich solle es in Zukunft besser sein. Nur wenige wählen mit dem Blick zurück aus Protest.

Allerdings steht die Bundestagswahl 2021 unter dem Einfluss einer dann eineinhalb jährigen Pandemie, die neben den beklagenswerten Opfern den Menschen und der Politik viel abverlangt hat. Eine Pandemie deren Eindämmungsversuche die Menschen und den Bund, die Länder und die Kommunen viel Geld gekostet hat. bzw. noch lange kosten wird.

Die finanziellen Folgen sind noch lange nicht abschließend zu bewerten. Insbesondere das Gesundheitswesen stand in vielerlei Hinsicht im Dauerfeuer. „Corona hat uns in Echtzeit die Schwachstellen aufgezeigt“ urteilt unsere Expertin im Interview in dieser Ausgabe und zeigt die aus ihrer Sicht nötigen Stellschrauben auf.

Auch wir haben uns Gedanken gemacht. Mit dem Blick nach vorne, aber von den Erkenntnissen der Pandemie beeinflusst, stellen wir 5 Punkte zur Gesundheitspolitik auf.

Dr. Friederike
Hrubesch-Mohringer
Vorstandsvorsitzende des BAI

Jörg Geller
Vorstand
des VAD

und inhaltliche Vorgaben. Es ist ein Irrtum zu glauben, dass dies am Ende zu einer besseren Steuerung im Gesundheitswesen führt. Versuche jedoch, Entscheidungen der Selbstverwaltung durch staatliche Entscheidungen des BMG zu ersetzen, sind auch keine Lösungen. Das hat z.B. die Pandemiebewältigung an vielen Beispielen deutlich gezeigt. Eine Lösung kann nur darin liegen, überbordende Detailregulierungen, z.B. bestehende Auflagen für Selektivverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, zu entschlacken und so wieder für mehr Wettbewerb und weniger Bürokratie im System zu sorgen.

3. Wirtschaftlichkeit und Bezahlbarkeit auch durch Wettbewerb sicherstellen

In den beiden größten Ausgabenbereichen des Gesundheitswesens – Krankenhausversorgung und ambulant ärztliche Versorgung – sind strukturelle Reformen unabdingbar. Beide Bereiche müssen auf grundlegende Trends wie Alterung der Gesellschaft, mehr multimorbide und chronisch Kranke, Ambulantisierung der Medizin, etc. neu ausgerichtet werden. Im drittgrößten Ausgabenbereich der Arzneimittelversorgung sorgen die patentgeschützten Medikamente bei ca. 20% Versorgungsanteil für ca. 80 % der Kosten. Importierte Originale tragen hier maßgeblich zur Wirtschaftlichkeit bei. Der Wettbewerbsdruck durch parallelimpor-

tierte Arzneimittel sorgt für direkte und indirekte Einsparungen in Milliardenhöhe, wobei sicherlich noch weitere Einsparpotenziale gehoben werden könnten. Der Parallelimport sorgt dafür, dass mit und nicht am Arzneimittel gespart wird, indem Originale preisgünstiger abgegeben werden können.

4. Vorteile der Digitalisierung in Patientennutzen umsetzen

In dieser Legislaturperiode wurden viele Jahre alte Versäumnisse endlich angepackt und mit einer Reihe von Gesetzen die Grundlagen für die längst überfällige Digitalisierung und Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens gelegt. Jetzt kommt es darauf an, die neuen Möglichkeiten in die Praxis umzusetzen und die vielen Vorteile von elektronischen Patientenakten, elektronischen Rezepten, Digitalen Gesundheitsanwendungen, Telemedizin, etc. für Patientinnen und Patienten endlich nutzbar zu machen. Vielleicht sorgen gerade die großen Probleme eines „Papier- und Fax-Gesundheitswesens“ im Umgang mit der Pandemie dafür, dass noch vorhandene Widerstände und teilweise ins Extreme getriebene Datenschutzanforderungen bzw. vorgeschobene Bedenken aus Eigeninteresse der Leistungserbringer schwächer werden und das deutsche Gesundheitswesen endlich im 21. Jahrhundert ankommt. Der Keller ist gebaut – das Gebäude kann jetzt darauf errichtet werden!

5. Vor-Ort-Apotheken stärken

Die Pandemie hat uns deutlich vor Augen geführt, dass eine flächendeckende und damit wohnortnahe Arzneimittelversorgung über die Apotheken auch in der Krise funktionierte und von großem gesellschaftlichem Wert ist. Gerade unter den Bedingungen der Digitalisierung (ePA, Medikationsplan, eRezept, ...) müssen die Vorteile der Vor-Ort-Apotheken für die Patientinnen und Patienten erhalten und gestärkt werden. Hier finden gerade die Älteren niedrigschwellig die nötige Zuwendung und Beratungskompetenz, zum Beispiel hinsichtlich der Risiken bei Multimedikation und unerwünschter Nebenwirkungen. Vor-Ort-Apotheken sind dazu bestens in der Lage und sorgen zudem für wirtschaftliche und gesicherte Versorgung. ■

Import-Arzneimittel 2020

Einsparungen mit Potential

Import-Arzneimittel leisteten auch 2020 einen verlässlichen Beitrag zur Kostentlastung im deutschen Gesundheitssystem. Um Apothekern die Einhaltung des für alle geltenden Wirtschaftlichkeitsgebotes des Sozialgesetzbuches in pauschaler Form zu erleichtern, sind sie gesetzlich zur „Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln“ verpflichtet.

Zur Erinnerung: Die gesetzlichen Neuregelungen zum Umfang der Abgabeverpflichtung der Apotheker im Rahmenvertrag mit der GKV haben zunächst den sogenannten „importfähigen Markt“ verkleinert. Teure, aber im zunehmenden Maße verschriebene Biologicals wurden aus der Verpflichtung für die Apotheker, in gewissem Umfang Importe abzugeben, herausgenommen. Gleichzeitig wurde im Rahmenvertrag ein neu definiertes Einsparziel von zwei Prozent festgelegt. Trotz dieser einschneidenden Veränderungen sind die Einsparungen interessanterweise nicht gesunken. Das vertraglich vereinbarte Einsparziel von zwei Prozent der Ausgaben wurde nicht nur erreicht, sondern regelmäßig erheblich übertroffen. Die tatsächlichen Einsparungen lagen in jedem Monat des Jahres 2020 über drei Prozent. Import-Arzneimittel ermöglichten so im Jahr 2020 alleine in Deutschland direkte Einsparungen für die GKV von rund 300 Mio. Euro, bei steigender Tendenz. Ein Teil der Einsparungen entfällt auf jene Biologicals, die nicht mehr einer Abgabeverpflichtung unterliegen. Die Apotheker vor Ort vertrauen offensichtlich weiterhin auf die preisgünstige, importierte Variante dieser wachsenden Produktgruppe.

Bei beiden Faktoren scheint daher noch Luft nach oben zu sein. Um auch künftig erhebliche Einsparungen mit Importen sicherzustellen und auszubauen sowie den Wettbewerbsdruck aufrecht zu erhalten, bietet sich zum Einen die Erhöhung des vorgegebenen Einsparziels von 2% auf 3% an. Zum anderen ist es für einen größeren Wettbewerb und die Abschöpfung des vorhandenen Sparpotentials sinnvoll, biotechnologisch und antineoplastisch hergestellte Arzneimittel wieder dem importrelevanten Markt zuzuschreiben.



Bild: istock/Mlenny

Im Blickpunkt III

Digitalisierung in der Arzneimittelversorgung!?

Als Vorreiter der Digitalisierung gilt das deutsche Gesundheitssystem nicht. Dennoch hat sich in der jetzt zu Ende gehenden Legislaturperiode mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) und dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) einiges getan.



Bild: istock/PeopleImages

Im Arzneimittelbereich wird die Patientenkommunikation via Smartphone durch das E-Rezept oder die Speicherung von Behandlungs- und Therapieinformationen über den E-Medikationsplan (eMP) in der elektronischen Patientenakte (ePA) neu geordnet. Aber auch Apotheken- und Praxisinterne Prozesse wie die Integration von Rote-Hand-Briefen in Praxisverwaltungssysteme sowie Verbesserungen bei der Arzneimittelsicherheit durch die Einführung des Fälschungsschutzsystems Securpharm spielen eine wichtige Rolle.

Medikationsplan und Patientenakte

Voraussetzung und Basis für alle digitalen Innovationen ist der Anschluss der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur (TI). Für Apotheken galt hierfür eine Frist bis September letzten Jahres. Einige TI-Fachanwendungen kommen also bereits jetzt zur Anwendung, wie beispielsweise der elektronische Medikationsplan. Der mit dem E-Health-Gesetz eingeführte und mit

dem PDSG spezifizierte Medikationsplan ist seit 2018 auch in elektronischer Form speicherbar. Zu den Daten des eMP gehören die Patientenstammdaten, medikationsrelevante Daten, wie Allergien und Unverträglichkeiten, und Angaben zur Medikation. Besonders bei der Selbstmedikation erleichtert der eMP die Beratung in der Apotheke, da z.B. auch Arzneimittel aufgeführt werden, die aktuell nicht mehr angewendet werden, die jedoch für die Überprüfung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie durch den Apotheker relevant sein können.

Informationsverluste vermeiden

Noch lässt sich der eMP über die elektronische Gesundheitskarte abrufen, bald erfolgt dies dann über die ePA. Seit Anfang 2021 haben Patienten ein Anrecht auf die Nutzung einer ePA, die ihnen von ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. Die relevanten Gesundheitsdaten können mit Zustimmung des Patienten zentral von den beteiligten Leistungserbringern eingesehen werden, so dass Informationsverluste beispielsweise beim Medikationsplan vermieden werden können. Gleichzeitig werden Patienten darin bestärkt, eigenverantwortlich mit ihren Gesundheitsdaten umzugehen und eine aktivere Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung einzunehmen.

Das Papierrezept verschwindet

Die für den Patienten vielleicht gewöhnungsbedürftigste Neuerung stellt das

E-Rezept dar, das ab diesem Juli im Rahmen einer Testphase in die Versorgung eingeführt wird. Ab Januar 2022 gilt es verpflichtend zunächst für verschreibungspflichtige Arzneimittel, weitere Rezeptarten folgen dann. Die gematik wurde beauftragt, die notwendigen Strukturen sowie eine App für das E-Rezept-System zu schaffen. Über diese App erhält der Patient das vom Arzt ausgestellte Rezept und kann dann unverbindlich in bis zu drei Apotheken erfragen, ob das verordnete Medikament vorrätig ist. Die Apotheke meldet das Ergebnis sowie weitere Informationen wie den Austausch aufgrund von Rabattverträgen zurück in die App. Der Patient entscheidet im letzten Schritt, welcher Apotheke er das Rezept verbindlich zuweist.

Mehr Selbstbestimmung durch Digitalisierung?

Am Beispiel des E-Rezeptes wird deutlich, dass sich die Rolle des Patienten bei der Arzneimittelversorgung verändert. Mit der Digitalisierung dieses Bereiches gewinnen Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz an Bedeutung. Dabei gilt es aber, den Spagat zwischen der Selbstbestimmung des Patienten und der Berücksichtigung von unterschiedlichen Grundvoraussetzungen des Versicherten (z.B. Alter, Bildungsstand) zu schaffen. Die Apotheke mit ihrer Lotsenfunktion vor Ort wird dabei als Schnittstelle zwischen der Arzt-Patienten-Kommunikation weiterhin eine Schlüsselrolle einnehmen. ■



www.die-arzneimittel-importeure.de



Twitter

@importeure



Facebook

@Arzneimittelimporteure



Instagram

@arzneimittelimporteure

Impressum

Herausgeber:

VAD / Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V.

Im Holzhau 8, 66663 Merzig

Vorstandsvorsitzender: Prof. Edwin Kohl

BAI / Bundesverband

der Arzneimittel-Importeure e.V.

EurimPark 4, 83416 Saaldorf-Surheim

Vorstandsvorsitzende:

Dr. Friederike Hrubesch-Mohringer

Ansprechpartner (v.i.S.d.P.):

Karsten Wurzer

Im Holzhau 8, 66663 Merzig

Telefon: 06867 920-1271

E-Mail: kw@die-arzneimittel-importeure.de

Expertenbeitrag

„Corona hat uns in Echtzeit die Schwachstellen aufgezeigt“

„Politik kompakt“-Interview mit Frau Professorin Clarissa Kurscheid zu den gesundheitspolitischen Herausforderungen nach Corona.



Frau Prof. Kurscheid

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid ist Präsidentin der Europäischen Fachhochschule (EUFH) sowie Geschäftsführerin der figus GmbH, Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung.

Frau Prof. Kurscheid, im September steht die Bundestagswahl an. Was ist aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung für die neue Regierung im Hinblick auf die Gesundheitspolitik ab 2022?

Die größte Herausforderung wird wahrscheinlich sein, die vielfältigen Versorgungsherausforderungen gleichzeitig effektiv und effizient zu bearbeiten, um eine funktionierende medizinische Versorgung in einem strukturierten und vernetzten Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Die Reform der Krankenhauslandschaft sollte schon vor der Corona Pandemie stattfinden und zu Häuserschließungen bzw. Zusammenführungen führen. An dieser Stelle bedarf es einer Weiterentwicklung hin zu einer stärker sektorübergreifenden Versorgung.

Seit dem 01.01.2021 steht allen gesetzlich Krankenversicherten die elektronische Patientenakte (ePA) auf der eGK zur Verfügung und trägt u.a. dazu bei, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.

Die praktische Anwendung läuft allerdings schleppend und somit gibt es noch keinen erlebbaren Mehrwert in der Versorgung. Die patientenorientierte Gesundheitsversorgung muss weiter gestärkt werden, um Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement der Patienten auszubauen. Dementsprechend sollte sich die Medizinausbildung auf eine gelungene intra- und intersektorale Kommunikation als auch auf Leistungsdelegation und multiprofessionell abgestimmte Versorgungseinheiten fokussieren.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe: aufgrund des Paradigmenwechsels im Krankheitspanorama braucht es eine gesetzliche Legitimation für Lotsen und Fall- respektive Case Manager, die die Patienten gezielt durchs System begleiten.

An welchen Stellen hat die Pandemie aus Ihrer Sicht die größten Schwächen in unserem System aufgezeigt bzw. wo muss am dringendsten gehandelt werden?

Die Corona-Krise hat uns dieses Mal nicht in einer theoretischen Hochrechnung, sondern in Echtzeit die Schwachstellen und damit zeitnah umzusetzenden Handlungsfelder aufgezeigt.

Der Digitalisierungsgrad muss durch die Einbindung von data science als ein interdisziplinäres Wissenschaftsfeld in das Gesundheitswesen deutlich erhöht werden, um insgesamt die lückenlosen Daten- und Informationsflüsse zu verbessern.

Mit Blick auf die psychische Gesundheit gab es auch vor Corona schon Handlungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen. Durch die Einschränkungen des sozialen und beruflichen Lebens sind viele Menschen zusätzlich psychisch erkrankt, so dass die Gestaltung innovative Präventionsprogramme für verschiedene Lebenswelten generell und auch für Krisenzeiten voran zu treiben sind.

Haben sich durch die Corona-Pandemie auch Chancen aufgetan?

Chancen gibt es sicherlich in der Möglichkeit der flächendeckenden Digitalisierung, denn die Bereitschaft zum digitalen Austausch und Umgang mit entsprechenden Medien ist in Pandemie-Zeiten viel größer geworden. Die Frage ist, ob die Umsetzungsbereitschaft der Versorgungsakteure da ist, den jetzt entstandenen Flow nachhaltig weiter zu entwickeln.

Durch die Pandemie hat sich das Impfbewusstsein und die Impfbereitschaft deutlich erhöht. Dieser Ansatz kann für die Zukunft genutzt werden. Für die Schulen, für Ausbildung und Studium sollten neue Ansätze gedacht werden und die Aspekte Bildung, Soziales und Gesundheit sollten enger miteinander verzahnt werden. Insgesamt hat sich in der Pandemie gezeigt, dass restriktive Arbeitsplatzregelungen nicht mehr den Stellenwert besitzen und den Arbeitnehmern ein flexibleres Arbeiten bei gleich starker Produktivität ermöglicht werden kann.

Die aktuelle Diskussion zum Gesundheitswesen zeigt, dass der Reformwille mit den vorhandenen finanziellen Mitteln steht und fällt. Welche neuen Lösungsansätze gibt es aus Ihrer Sicht?

Zu wünschen ist, dass die Kultur des Zusammenarbeitens gestärkt wird und die sektorbezogene Finanzierung künftig sektorübergreifend gestaltet wird.

Letztlich sollte die Versorgungsqualität nicht ausschließlich an leitlinienorientierten Qualitätsindikatoren, sondern an Versorgungsindikatoren wie pay for quality, sowie einer effizienten und effektiven Versorgungssteuerung ausgerichtet werden.

Frau Prof. Kurscheid, wir danken Ihnen für das Gespräch.