

Aktuelle Übersicht und Einblicke in den deutschen Pharma-Markt:

Akteure, Spannungsfelder und Trends

Der deutsche Pharma-Markt erlebt dramatische Umbrüche. Politiker, Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen schufen komplizierte Umverteilungsmaschinerien und arbeiten mit anderen Marktteilnehmern in wechselnden Koalitionen mit oder meist gegeneinander.

>> Gesetzgeber und Politik: Es wurden viele Gesetzesvorlagen mit heißer Nadel gestrickt. Unklarheiten und handwerkliche Fehler offenbarten sich dann bei der Umsetzung in der Praxis - wobei die jeweiligen Gruppen ihre Interpretation der Gesetzestexte dann vor Gericht durchsetzen wollen. Erfahrene Rechtsanwälte werden daher zu den Gewinnern gehören. Da sich die Basis der nationalen Rechtsprechungen in Europa zunehmend nach Brüssel verlagert, wird beispielsweise dort entschieden, inwieweit die europäischen Bürger die gleichen Zugangsrechte zu Informationen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten haben wie die Bürger in den USA.

Gesetzliche Krankenkassen: Die Zahl der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen wird sich weiter reduzieren - von circa 960 im Jahre 1995 auf circa 195 in diesem Jahr. Im Rahmen der „Bereinigung der Kassenlandschaft“ wird der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ die derzeit 7 Krankenkassenverbände ablösen und dabei angeblich einen Bürokratie-Abbau bewirken. Da etwa 95 % aller Kassenleistungen identisch sind, versuchen die Kassen ihren Mitgliedern mehr Service anzubieten. So bietet beispielsweise die Gmünder Ersatzkasse Kontakt zu einem „Wartezeitenmanager“, der angeblich einen zeitnahen Termin bei einem Facharzt organisieren kann. Durch Aufkaufen und Verlegen von Kassenarztsitzen entstehen inzwischen Medizinische Versorgungszentren (MVZ), denen gute Beziehungen zu Krankenkassen nachgesagt werden.

Mit Einnahmen von circa 150 Milliarden Euro pro Jahr werden

die gesetzlichen Krankenkassen die vom Bundesministerium für Gesundheit geschaffenen neuen Gestaltungsräume ausnutzen, um sich als Nachfragemacht stärker zu etablieren. Die Arzneimittelausgaben haben sich 2008 auf etwa 29 Milliarden Euro erhöht, was einer Steigerung von etwa 5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV liegt mittlerweile bei etwa 18 Prozent. Zurzeit haben etwa 200 Krankenkassen mit etwa 130 Pharmaherstellern etwa 6000 Rabattverträge über mehr als 25 000 Handelsformen abgeschlossen - eine Preisspirale nach unten mit zunehmender Erosion der Erlöse („Rabattfalle“). Peter Schmidt, der Geschäftsführer von ProGenerika, spricht von einem ruinösen Unterbietungswettbewerb, einem Schraubstock aus Dirigismus und einem selektivem Vertragswettbewerb, in dem die Krankenkassen ihre kartellrechtlich nur rudimentär gezügelte Marktmacht offensiv ausspielen (DÄ 20.2.09).

Wolfgang Späth, Vorstand Marketing und Vertrieb der HEXAL AG, kommentierte die Rabattverträge mit der Bemerkung „Das Gesamtsystem wird durch ein Instrument belastet, das in keiner Weise evidenzbasiert quasi wie ein sprengstoffbeladener Testballon in eine gasgeschwängerte Atmosphäre entlassen wird. Es ist ja interessant, was passiert.“ (Pharma Relations 03/09). Da die Krankenkassen nicht bereit sind, präzise Zahlen zu veröffentlichen, bleibt unklar, was dieses Steuerungsinstrument an tatsächlicher Ersparnis bringt.

Gemeinsamer Bundes-Ausschluss: Der G-BA ist das sektorübergreifende, oberste Beschluss-

gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, Patientenorganisationen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Der G-BA entscheidet über die Richtlinien des Leistungskataloges der GKV für mehr als 70 Millionen Versicherte und bestimmt so Regelungsdichte, Patientensouveränität und Erstattungsfähigkeit von Medikamenten. Die Macht des G-BA als „kleiner Gesetzgeber“ wird zunehmen.

IQWiG: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet Nutzen, Effizienz und Wirtschaftlichkeit, so dass das Gesundheitswesen auch weiterhin finanzierbar bleibt, denn nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist auch finanzierbar. Obwohl die Methodik des IQWiG national und international auf Kritik stößt, bleiben seine Kosten-Nutzen-Analysen und Kosten-Nutzen-Bewertungen für neue Interventionen weiterhin die Grundlage für Entscheidungen durch den G-BA. Einsichtsreich ist der Fall des langsam wirkenden Analoginsulins Glargin (Lantus®). Das IQWiG sah Glargin „möglicherweise“ mit einem erhöhten Krebsrisiko im Ver-

gleich zu Humaninsulin behaftet - was insbesondere in Laienpresse und Fernsehen den entsprechenden publikumswirksamen Niederschlag fand. Die American Diabetes Association der USA kam allerdings aufgrund der widersprüchlichen und nicht beweiskräftigen Datelage zu der Schlussfolgerung, dass es unklar ist, ob ein Insulintyp das Krebsrisiko mehr als andere erhöht („ADA Statement on Insulin Glargine and Cancer“ vom 26. Juni 2009). Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft kam zu der Schlussfolgerung, dass derartige Zusammenhänge nicht bestätigt werden konnten.

Kassenärztliche Vereinigungen: Die früher sehr mächtigen KVen werden durch neue konkurrierende ärztliche Gruppierungen an Bedeutung einbüßen, beispielsweise durch Hausärzterverbände, die direkt mit den Krankenkassen Verträge abschließen. Dr. Carl-Heinz Müller vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert, dass die niedergelassenen Ärzte in der Regel nur noch Wirkstoffe verordnen sollen und Krankenkassen und Pharmaindustrie die Verantwortung für die Arzneimittelpreise tragen sollen, da die gesetzlichen Regulierungen für den durchschnittlichen Arzt inzwischen völlig unüberschaubar geworden sind. <<

Autor

Dr. med. Günter Umbach, Healthcare Marketing Dr. Umbach & Partner, ist Facharzt, Ex-Marketing-Manager der Pharma-Industrie, Mitglied des Institute of Management Consultants USA und der International Federation for Professional Speakers sowie Gastdozent für Marketing. Kontakt: umbach@umbachpartner.com

