

01 VAD kompakt

Der Politikbrief der Arzneimittel-Importeure

Im Blickpunkt I

Das Kalkül von Big Pharma

Deutschland ist schon lange nicht mehr die Apotheke der Welt. Das zeigt schon die Tatsache, dass Reimporte, also in Deutschland hergestellte Präparate, die ein Importeur im europäischen Ausland aufkauft, um sie günstiger als der Originalhersteller wieder einzuführen und dem deutschen Patienten anzubieten, inzwischen weniger als 10% des Branchenumsatzes ausmachen. Der typische Fall mit über 90% des Umsatzes sind Parallelimporte. Also Arzneimittel, die irgendwo im Ausland auch für den deutschen Markt produziert werden und sowohl vom eigentlichen Hersteller als auch (parallel) vom Importeur eingeführt werden.

Das zeigt, dass die sogenannten forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland weit überwiegend letztlich nur Vertriebsgesellschaften sind, die nicht zwingend in Deutschland forschen und erst recht nicht herstellen. Aufgrund des hohen ökonomischen Drucks auf die generische Industrie gilt für diese inzwischen dasselbe. Hergestellt und geforscht wird in Indien, China oder Israel.

Deutschland ist leider primär kein Pharmastandort mehr, sondern lediglich ein Absatzmarkt bzw. Vertriebsgebiet. Wollte man das ändern, wäre nicht in erster Linie die Gesundheitspolitik gefragt. Dies ist primäre Aufgabe der Wirtschaftsförderung, Standortentwicklung und Forschungsförderung auf Bundes- und Länderebene.

Nun haben aber diese Vertriebsfirmen genau wie Hersteller ein ganz natürliches Interesse daran, ihr Produkt zum höchstmöglichen Preis zu vermarkten. Die in der Regel börsennotierten Unternehmen werden an Bilanzkennzahlen und dem Shareholder Value gemessen. Konkurrenz ist da schädlich fürs eigene Geschäft. Auch wenn der Pharmamarkt ein sehr regulierter Markt ist, gilt es in Anbetracht der hohen Kosten für die Versicherungsgemeinschaft und in Teilen auch die Steuerzahler, die wenigen wettbewerblichen Instrumente in diesem Markt zu erhalten und auszubauen.

Traditionell ist der Arzneimittelimport ein solches Wettbewerbsinstrument, das gerade bei patentgeschützten Präparaten einen sogenannten Intra-brand-Wettbewerb schafft, der direkte und indirekte Einspar-effekte bewirkt. Dieser Wettbewerb ist ein ewiger Stachel im Fleische der Pharmaindustrie, der wehtut. Ansonsten wäre es nicht sachgerecht, seit Jahrzehnten solche Kraft aufzuwenden, gegen den Parallelhandel mit allen Mitteln zu kämpfen.

Mit welchen vertraglichen und regulatorischen Stellschrauben versucht nun die Pharmaindustrie, ihre Hegemonie zurückzuerlangen?

Zum einen ist Preisintransparenz ein wichtiges Ziel. Wer Preise vergleichen kann, kann sich die Frage stellen, warum er im Zweifel mehr bezahlt als ein anderer. Geheime Erstattungspreise bei AMNOG-Verhandlungen sind deshalb ein Ziel der Industrie, das man versucht hat, im Pharmadialog zu platzieren. Hier wird gerne das wohlfeil klingende Argument ins Feld geführt, man könne dann ohne Referenzpreise zu gefährden einen besseren Rabatt bieten. Schon ein Student im ersten Semester BWL lernt, dass gerade das Gegenteil richtig ist. Nur Preistransparenz führt zu niedrigen Preisen, in Deutschland und anderswo in Europa. Im Moment ist aber genau dieses Scheinargument eines, mit dem die Pharmaindus-

Editorial



Liebe Leserin,
lieber Leser,

gespannt blickt die gesundheitspolitische Branche auf den 12. April 2016, wenn der Pharmadialog der Bundesregierung

seinen Abschlussbericht vorlegen wird. Danach wird Klarheit darüber bestehen, welche Themen in dieser Legislaturperiode gesetzgeberisch noch angegangen werden könnten. Im Raum stehen u. a. Nachjustierungen insbesondere bei der Nutzenbewertung des AMNOG und eventuell ein weiteres Spargesetz, auf das die Krankenkassen hinarbeiten. Die Industrie hingegen wünscht sich traditionell zusätzliche Forschungsförderung, eine intransparente Preisgestaltung und weniger Kostendruck durch regulatorische Eingriffe.

So sind auch die Angriffe der Hersteller auf den Arzneimittelimport so alt wie das Geschäftsmodell selbst. Auch aktuell versuchen vfa und Co. mit schwankender Begründung die Importförderung zu torpedieren. Noch bevor der angekündigte Abschlussbericht veröffentlicht ist, hat das Handelsblatt Anfang Februar die politische Debatte über den Import jedoch für „verstummt“ erklärt. Zu offensichtlich scheint der Gesundheitspolitik der Versuch der Hersteller, über den nicht-öffentlichen Pharmadialog einen wirtschaftlichen Konkurrenten endlich kaltstellen zu können. Nicht der einzige Wunsch, der sich für die Industrie nicht erfüllen wird.

Ihr Prof. Edwin Kohl
Vorstandsvorsitzender des VAD

trie mit mehr oder weniger großem Erfolg in ganz Europa hausieren geht.

Ein weiteres Ziel ist Marktabschottung. Parallelhandel gelingt nur, wenn auf den europäischen Märkten Übermengen oder Fehlallokationen zur Verfügung stehen, die gehandelt werden können. Was also tun? Quotensysteme sollen diese Übermengen eindämmen und zum Teil künstlich erzeugte Warenverknappung (Shortages) einen vermeintlichen politischen Handlungsdruck bewirken. Auffällig aber ist, dass solche Shortages sich nicht nur auf wenige Länder beziehen, sondern inzwischen ein paneuropäisches Problem geworden sind. Was hilft dann eine sicher einmal gut gemeinte Public Service Obligation, also die nationale Verpflichtung der Großhändler, den jeweiligen Landesmarkt ausreichend und ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen, wenn es keine Lieferverpflichtung der Hersteller gibt?

Und dann ist da die Importquote. Sie basiert nicht auf einer gesetzlichen, sondern vertraglichen Regelung. Zugegeben ist diese insbesondere für die Apotheken komplizierter als nötig. Vereinfachungen könnten die Vertragsparteien jederzeit miteinander aushandeln. Offensichtlich will aber mindestens eine Seite an der bisherigen Regelung festhalten. Auch wenn das der Bayerische Pharmagipfel anders sah, hätte die Streichung der Importförderung und/oder der Importquote mit dem grundsätzlich wünschenswerten staatlichen Bürokratieabbau nichts zu tun. Im Gegenteil. Die Importförderung schafft planbare Einsparungen und vereinfacht die Umsetzung des im Sozialgesetzbuch vorgeschriebenen allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Meldung

Wirtschafts- und standortpolitische Bedeutung der Importbranche

Gäbe es den Handel mit Arzneimittelimporten nicht, hätten Pharmahersteller nur bedingte Konkurrenz für ihre patentgeschützten Arzneimittel. Arzneimittelimporte sorgen für Wettbewerb und stehen für indirekte Einsparungen von 3 Milliarden Euro. Nebenbei sind sie Teil des mittelständischen Rückgrats der deutschen Wirtschaft.

Re- und Parallelimporte sind vom Gesetzgeber erwünscht, seit 1989 gesetzlich verankert und stellen ein bewährtes Instrument zur Entlastung des deutschen Gesundheitssystems dar. Trotz alledem bleibt der Import von Arzneimitteln ein herausforderndes Geschäft. Patentabläufe bei umsatzstarken Medika-

Da hat sich die bayerische Landesregierung vor den Karren des vfa spannen lassen, ohne eine volkswirtschaftliche Gesamtbetrachtung anzustellen. Diese inzwischen von Professor Neubauer durchgeführte Betrachtung (siehe Beitrag Seite 3 und Interview auf Seite 4) zeigt nämlich, dass nicht nur bayerische Patienten/Versicherte vom Import profitieren, sondern auch der Freistaat durch höhere Beschäftigung und auch Steuereinnahmen.

Über Bande spielt die Industrie auch beim Thema Preisabstand von 15% oder 15 Euro pro Packung. Herr Hennrich (MdB), in Berlin bekannter Pharmafreund, wünschte sich kürzlich einen Preisabstand von einheitlich 15%. Vermeintlich gäbe es dann höhere Einsparungen für die Kassen. Wenn man davon absieht, dass in einem Arbitragegeschäft veränderte Preisabstände auch Mengeneffekte bewirken, stimmt das in der Theorie. Aber genau diese Mengeneffekte nach unten würden erheblich sein. Genau deswegen unterstützt die Industrie diese Idee, wenn sie schon den Import nicht gänzlich abschaffen kann. Höherer Preisabstand in Deutschland bedeutet im Umkehrschluss größere Möglichkeiten bei der Preisspreizung in Europa, ohne dass Import möglich wäre. Ersparnisse sind aber Einsparung pro Packung mal Menge. Wäre die Menge aber null, wäre es nach Adam Riese die Einsparung auch.

Der Importmarkt wäre am Boden, der Konkurrent ausgeschaltet und die Einsparungen der Kassen im Eimer. Nur die Industrie wäre an ihrem Ziel. ■

menten, Begrenzungen der Exporte sowie die intransparente Gestaltung der Preise vieler Pharmahersteller prägen und plagen heute die Branche. Zudem drängen immer mehr Anbieter auf den Markt. Gab es 2005 noch 41 Importeure, waren es nach Angaben von Insight Health 2014 bereits 68 Anbieter.

Bei Arzneimittelimport-Unternehmen handelt es sich um nicht börsenorientierte mittelständische Familienunternehmen. Diese leisten einerseits einen wertvollen Beitrag für den Wirtschafts- und KMU-Standort Deutschland und stehen für rund 3.000 direkte und mindestens so viele indirekten Arbeitsplätze. ■

Termine

26. April 2016

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und DAK-Gesundheit – „Migration und Gesundheit“

Auf der Veranstaltung werden Fragen zum Thema Barrieren beim Zugang zu medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen für Migranten beleuchtet und gemeinsam mit der Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoğuz, und Prof. Dr. med. Oliver Razum von der Universität Bielefeld diskutiert.

www.dak.de

11. Mai 2016

Bundesverband Managed Care e.V. – „Medikationsplan, Video-Sprechstunde und eGK – Bringt das E-Health-Gesetz einen Innovationssprung?“

Referent ist der Bundestagsabgeordnete Dirk Heidenblut.

www.bmcev.de

12. Mai 2016

Forum Institut – Regulatorische Anforderungen von Parallelimport und -vertrieb in Deutschland

Ein Seminar, das Sie über die regulatorischen Anforderungen von Parallelimport und -vertrieb grundlegend informiert – erfahren Sie, wie Sie Ihre Arzneimittel richtig zulassen und umverpacken.

www.forum-institut.de



Im Blickpunkt II

Arzneimittelimporte und die positiven wirtschaftlichen Effekte für Bayern

Im Zuge des Pharmadialoges auf Bundesebene hatte sich das bayerische Pendant seine länderspezifischen Gedanken gemacht. Wie für den Freistaat typisch und üblich, will man nichts dem Zufall noch ausschließlich dem Bund überlassen. Die Bayerische Staatsregierung hatte das erklärte Ziel, den Standort Bayern für die Forschung und Produktion von Arzneimitteln zu stärken und die nachhaltige Arzneimittelversorgung zu sichern. Assistierte wurde die Gesprächsrunde von den bekannten Herstellerverbänden.

In seinem Abschlussbericht des Bayerischen Pharmagipfels sprachen sich die beteiligten Ministerien für Gesundheit und Wirtschaft u. a. gegen die Importförderklausel des Sozialgesetzbuches (SGB V) aus. Die Behauptung die gesetzliche Förderung würde eher nachteilig wirken, indem sie die Arzneimittelsicherheit in Deutschland wegen der Einfuhr von gefälschten Arzneimitteln gefährde, wurde, wohl mangels haltbarer Beweise, im Abschnitt Arzneimittelfälschungen und Arzneimittelkriminalität sodann auch nicht weiter vertieft.

Stattdessen solle die Importförderklausel zum Zwecke der Entbürokratisierung abgeschafft werden. Das Instrument sei überholt und trage nicht mehr dazu bei, die Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu verbessern, so die neue/altbekannte Linie, die der vfa so wortgleich wie inhaltsleer in den Dialog einbrachte. Um dann auch noch eine standort- bzw. wirtschaftspolitische Argumentation zu haben, wird der Arzneimittelimport seit Jahr und Tag als Gefahr für die Arbeitsplätze bei den forschenden Arzneimittelherstellern dargestellt.

Die aktuelle Studie „Wirtschaftliche Effekte von Re- und Parallelimporten von Arzneimitteln auf die bayerische Wirtschaft“ des Instituts für Gesundheitsökonomie München greift die Vorwürfe nun auf und zeigt: Die gesetzliche Importquote schwächt in keiner Weise weder kurzfristig noch nachhaltig die bayerische Pharmawirtschaft. Vielmehr überkompensieren die positiven Effekte deutlich die Nachteile.

Nach SGB V § 129 i. V. mit dem Rahmenvertrag müssen Apotheken 5% ihrer Arzneimittel ausgaben durch importierte Arzneimittel decken. Diese müssen mindestens 15% oder 15 Euro preiswerter sein als das Bezugsarzneimittel. Laut einer Prognos-Studie werden dadurch die gesetzlichen Krankenkassen mit rund 240 Millionen Euro direkt entlastet, wobei das Einsparpotenzial von 340 Millionen Euro noch lange nicht ausgeschöpft ist. Durch den wettbewerbsbedingten Preisdruck schätzt der VAD die indirekten Ersparnisse auf weitere 3 Milliarden Euro jährlich.

Zielsetzung der IfG-Studie war es, eine wirtschaftliche Bewertung der Effekte von Re-

und Parallelimporten von Arzneimitteln gesamt und speziell auf die bayerische Wirtschaft vorzunehmen.

Zunächst sind die nachfolgenden Fakten für die Kostenträger festzuhalten:

- Gemessen an den Ausgaben von GKV und PKV in den Jahren 2013 und 2014 betragen die Re- und Parallelimporte bundesweit mehr als 3,4 Milliarden Euro – in Bayern 380 Millionen Euro.

- Die realisierte Importquote in der GKV liegt mit 9,6% fast doppelt so hoch wie vertraglich vereinbart. Die Bedeutung für die Ausgabenentwicklung auch in der PKV ist stetig gestiegen und liegt mittlerweile bei 8,6% der Ausgaben, da Privatversicherte oft aus vertraglichen Gründen ein unmittelbares Sparinteresse haben.

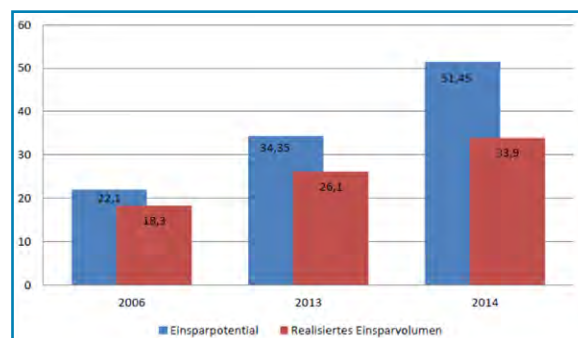
- Die GKV-Arzneimittelausgaben in Deutschland betragen bei 69,9 Millionen Versicherten im Jahr 2014 430,77 Euro je Versicherten. Bayern weist bei 10 Millionen Versicherten mit 346 Euro je Versicherten einen der niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben auf. Die GKV in Bayern gibt insgesamt 3,69 Milliarden Euro für Arzneimittel aus.

Im Ergebnis sparen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland durch die Re- und Parallelimporte mehr als 240 Millionen Euro, in Bayern somit 37 Millionen Euro. Mit Blick auf die Situation der Pharmaindustrie in Bayern sind folgende Daten in die Berechnung eingeflossen:

- Von einer Gesamtbruttowertschöpfung von 22,09 Milliarden Euro der Pharmaindustrie 2012 wurden 1,50 Milliarden Euro in Bayern erwirtschaftet. Dem gegenüber steht ein Umsatzausfall bayerischer Pharmahersteller durch die Konkurrenz der Importe in Höhe von 11,87 Millionen Euro.

- Die deutsche Pharmaindustrie beschäftigte 2013 in 330 Betrieben 110.000 Personen, davon entfallen 6,8% auf Bayern (7.504 Personen in 22 Betrieben). Durch bayerische

Einsparpotenzial und realisiertes Einsparvolumen durch Importarzneimittel 2006, 2013 und 2014 in Bayern (in Mio. Euro)



Quelle: IfG 2015, eigene Darstellung, Prognos AG 2013/2014

Importunternehmen werden real 610 und durch indirekte Effekte 1.190 Arbeitsplätze geschaffen. Dem gegenüber stehen 144 „verlorene“ Arbeitsplätze aufseiten der bayerischen Pharmahersteller. Das bedeutet, dass die theoretisch errechneten Arbeitsplatzverluste der bayerischen Pharmaindustrie durch die positiven Arbeitplatzeffekte durch Re- und Parallelimporte überkompensiert werden.

Im Gesamtergebnis sieht die Studie des IfG „keinen Anhaltspunkt, der nachweislich dazu führen würde, dass die bayerische Wirtschaft durch die gesetzliche Importförderung kurzfristig oder nachhaltig geschwächt wird, sondern die positiven Effekte (mehr mittelständische Arbeitsplätze und Ersparnisse bei den Krankenkassen) überkompensieren deutlich die Nachteile.“ ■

Impressum

Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V. (VAD)

Prof. Edwin Kohl
Vorstandsvorsitzender des VAD
Im Holzhaus 8
66663 Merzig
Deutschland

Telefon: 0 68 67/900-13 01
Fax: 0 68 67/900-13 03
E-Mail: kontakt@vad-news.de

Arzneimittel-Import setzt Wettbewerbsimpulse

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer,
Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München



Herr Prof. Dr. Neubauer, Sie haben mit Ihrem Institut für Gesundheitsökonomik in München in der Expertise „Wirtschaftliche Effekte von Re- und Parallelimporten von Arzneimitteln auf die bayerische Wirtschaft“ das Thema Importarzneimittel aus einem nicht alltäglichen Blickwinkel betrachtet.

Herr Prof. Dr. Neubauer, Sie haben mit Ihrem Institut für Gesundheitsökonomik in München in der Expertise „Wirtschaftliche Effekte von Re- und Parallelimporten von Arzneimitteln auf die bayerische Wirtschaft“ das Thema Importarzneimittel aus einem nicht alltäglichen Blickwinkel betrachtet.

Normalerweise stehen Ersparnisse für die Kostenträger im Vordergrund. Warum blickt Ihre Expertise auf die Auswirkungen auf die bayerische Wirtschaft und insbesondere auf die Pharmabranche?

Generell ist es eine verkürzte Betrachtungsweise, wenn die Gesundheitsversorgung nur unter Kostengesichtspunkten gesehen wird. Neben der wichtigsten Funktion, Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen, ist die Gesundheitsversorgung auch ein wichtiger Wirtschaftsbereich. Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sind gleichzeitig auch Einnahmen der Leistungsersteller. Heute schätzen wir, dass etwa 5 Millionen Arbeitsplätze durch die Gesundheitswirtschaft begründet werden.

Für einzelne Bundesländer ist es daher von größtem Interesse, wie viele Arbeitsplätze auf ihrem Gebiet durch Gesundheitsleistungen geschaffen werden. Für Bayern stellte der Bayerische Pharmagipfel 2014 die These auf, dass durch den Import von Medikamenten die Pharmaindustrie in Bayern Arbeitsplätze verliert. Unser Ziel war es nun, diese These auf ihren ökonomischen Gehalt zu prüfen.

Das hört sich nach einem sehr komplexen Sachverhalt an. Wie sind Sie vorgegangen?

Zur Beantwortung der gestellten Frage gingen wir so vor, dass wir zunächst die Umsätze der in Bayern ansässigen Pharmaunternehmen ermittelt haben. Daraufhin schätzten wir ab, in welchem Umfang diese Umsätze durch den Parallel- und Reimport von Arzneimitteln reduziert wurden. Diesem Umsatz- bzw. Margenverlust stellten wir die Wertschöpfung der bayerischen Importunternehmen gegenüber. Hinzu kamen noch die positiven Effekte auf die bayerischen Krankenkassen in Form von Einsparungen sowie die Vorteile für die Apotheker durch bessere Einkaufskonditionen. Abschließend haben wir noch die gesamtwirtschaftlichen Anreize auf den Wettbewerb abgeschätzt. Es ergab sich somit ein sehr vielschichtiges Problem, das es zu lösen galt.

Leiden also die Pharmaunternehmen in Bayern unter der Konkurrenz der Importeure, wie behauptet?

Um die Auswirkungen auf die Pharmaunternehmen in Bayern zu ermitteln, galt es den Margenverlust für die Unternehmen zu ermitteln. Hierzu haben wir zum einen den Anteil der importierten Arzneimittel ermittelt, soweit es die Umsätze der bayerischen Pharmahersteller mindert. Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, dass auch die reimportierten Arzneimittel zum Umsatz der exportierenden Industrie beitragen. Es geht also letztlich um die Preisdifferenz zwischen Importen und Exporten. Dieser Margenverlust beziffert sich auf rund 12 Millionen Euro und ist in Relation zum Produktionswert der bayerischen Pharmahersteller von rund 2 Milliarden Euro eine nahezu vernachlässigbare Größe. Eine Kontrollberechnung über Ausgabenwerte der GKV und PKV kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Von einem spürbaren Leidensdruck der bayerischen Pharmaunternehmen kann man bei dieser Größenordnung nicht sprechen.

Wie bewerten Sie die wirtschaftlichen Auswirkungen der Importförderung in der Gesamtbetrachtung?

Betrachtet man die wirtschaftlichen Auswirkungen der Importförderung aus bayerischer Sicht, so ergibt sich, gemessen an der Beschäftigungssituation, eine eindeutig positive Bilanz. Neben den Arbeitsplätzen, die durch die Importeure in Bayern geschaffen werden – die schon allein die Arbeitsplatzverluste bei den Originalherstellern überkompensieren –, ergeben sich noch rechnerisch für die bayerischen Arbeitgeber und auch für die bayerischen Apotheken weitere positive Arbeitsplatzeffekte. Im Ergebnis zeigt sich, dass auf einen verdrängten Arbeitsplatz etwa neun neu geschaffene Arbeitsplätze kommen.

Schauen wir auf die Forderung aus Bayern bzw. des vfa an die Politik, die Importförderung bzw. -quote zu streichen. Wie lautet Ihre ordnungspolitische Bewertung?

Die Politik der Importförderung intensiviert in erster Linie den Wettbewerb und moderiert die Preissetzung bzw. Preisfindung für Originalprodukte. Und da es für Originalhersteller keinen direkten Wettbewerb gibt, ist dies auch die einzige Möglichkeit, hier Wettbewerbsimpulse zu setzen. Statt die Importquote zu streichen, wäre es sinnvoll, das Preisabstandsgebot zu reduzieren oder auch ganz entfallen zu lassen. Schließlich kann kein Arzt und kein Apotheker gezwungen werden, ein Importarzneimittel zu verordnen bzw. abzugeben. Andererseits wird es, solange globale Pharmaunternehmen regionale Preisdifferenzierung

betreiben, immer auch Parallelhandel geben, wenn die Preisdifferenzen dies lohnend machen. Darauf weist auch die hohe Importquote für Privatpatienten hin, für die die GKV-Vorgaben nicht gelten.

Welche Erwartungen haben Sie an den nationalen Pharmadialog? Werden wir eine wesentliche Weiterentwicklung des AMNOG sehen und wie zukunftsfest sehen Sie in diesem Kontext die Importförderung?

Der nationale Pharmadialog wird sich im Wesentlichen mit einer Feinjustierung des AMNOG-Prozesses beschäftigen. Während die Pharmaindustrie insbesondere die Nutzenbewertung als verbesserungsbedürftig ansieht, streben die Krankenkassen eine Nachbesserung des Preisfindungsprozesses an. Insbesondere soll der Spielraum der freien Preissetzung zwischen Markteintritt eines Produktes und der Preisfindung zwischen GKV und Pharmaunternehmen eingengt bzw. ganz gestrichen werden. Letzteres könnte auch für die Chancen von Importen von Belang sein. Direkt bezogen auf die Importe wird in der Politik diskutiert, inwieweit die Importquoten für Apotheker ganz aufgehoben werden sollen oder zumindest die Importquote kassenübergreifend betrachtet wird.

Sie stellten schon vor vielen Jahren fest, dass die Gesundheitspolitik alle zwei bis drei Jahre eine Reform auf den Weg bringt. Laufen wir nicht letztlich den Ausgaben immer nur hinterher und bräuchten wir nicht eine längerfristige Strukturagenda 20XY?

Die Gesundheitspolitik in Deutschland wird sehr stark von der Bundespolitik getaktet. Meine Beobachtung ist, dass in jeder Legislaturperiode eine große Gesundheitsreform – d. h. eine sektorübergreifende Finanzierungsregelung – erfolgt. Dabei muss die Reform in den ersten beiden Jahren einer Legislaturperiode vereinbart und durchgeführt sein, weil sonst eine Vielzahl von Landtagswahlen die Bundespolitik lähmt. Dies gilt auch für die laufende Legislaturperiode. Die sich wiederholenden Gesundheitsreformen sind darin begründet, dass die Politik keine tief greifenden Reformen ergreifen kann oder will, mit denen die sich öffnende Schere von rasch steigenden Leistungsausgaben für die ältere Generation und zurückbleibenden Einnahmen durch die schwindende Zahl an Erwerbstätigen geschlossen werden könnte. Stattdessen erleben wir einen Reformprozess, in dem schrittweise über eine Reihe von Legislaturperioden die Einnahmen-/Ausgabenlücke geschlossen wird. Erst ab dem Jahr 2050 dürfte so ein Gleichschritt erreicht sein.

Ein weitreichender Schritt, der jetzt schon getan werden könnte, wäre, die Patienten direkt in die Ausgabensteuerung einzubinden. Dies muss nicht durch Kostenbeteiligung, sondern könnte über persönliche Budgets erreicht werden. Am Institut für Gesundheitsökonomik haben wir auf dieser Basis das Patientensouveränitätsstärkungsmodell (PSSM) entwickelt, das rasch umgesetzt werden könnte! ■