

Die Position der TK

Versorgungsinnovationen

Innovationen sind ein zentraler Faktor für eine bessere Versorgung. Damit sie zielgerichtet bei Patientinnen und Patienten ankommen, müssen sie fair finanziert werden und optimal auf deren Bedürfnisse ausgerichtet sein.

Die Forderungen der TK in Kürze:

- **Innovative Arzneimittel sind für viele Patientinnen und Patienten eine große Chance – nun gilt es, dafür zu sorgen, dass sie zu einem fairen Preis zugänglich sind.**
- **Auch Apotheken müssen neue digitale Versorgungsmodelle entwickeln.**
- **Über ein festes Innovationsbudget sollen Kassen Innovationen stärker mitgestalten können.**

Festes Budget für Innovationen

Die Krankenkassen haben seit Kurzem die Möglichkeit, Versorgungsinnovationen aus Eigenmitteln zu fördern. Die TK begrüßt, dass Krankenkassen damit vom Leistungsträger zum Leistungsentwickler und -anbieter werden können. Die GKV kann damit das wirtschafts- und versorgungspolitische Ziel unterstützen, Entwicklungs- und Produktions-Know-How zurück nach Europa zu verlagern.

Allerdings können die Krankenkassen bisher keinen unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung der Innovation nehmen. Eine Krankenkasse kann weder ihre Ideen umfassend einbringen noch ihre Wettbewerbsposition stärken, wenn andere Kassen und weitere private Anteilseigner mitbestimmen. Zudem sind die geltenden Anlagebestimmungen nicht mit den Finanzierungsbedürfnissen potentieller Anbieter und Entwickler kompatibel. So müssen Krankenkassen unter anderem ausschließen, dass das Investment verloren geht, was bei hochinnovativen Start-ups Teil des Geschäftsrisikos ist. Damit Krankenkassen Versorgungsinnovationen an deutschen und europäischen Standorten effektiv fördern und in diese investieren können, schlägt die TK vor, die dafür geltenden gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Die Krankenkassen sollten zudem die Möglichkeit erhalten, sich direkt an Unternehmen zu beteiligen.

Die TK schlägt vor, dass Krankenkassen künftig über ein festes Investitionsbudget verfügen können sollten. Dessen Größe sollte sich an der Zahl ihrer Versicherten bemessen: Jede Krankenkasse sollte bis zu 2 Euro für jeden ihrer Versicherten aus ihren Rücklagen in ein solches Budget überführen dürfen. Damit fördern die Krankenkassen dann mittelbar über Verträge der besonderen Versorgung oder unmittelbar durch Investitionen Unternehmen, die Versorgungsinnovationen entwickeln.

Faire Preis für innovative Arzneimittel

Immer mehr Menschen profitieren vom medizinischen Fortschritt. Arzneimittelherstellern gelingt es immer wieder, echte Innovationen zu entwickeln, mit denen zum Teil schwerwiegende Krankheiten erfolgreich behandelt oder sogar geheilt werden können. Das Problem ist nur: Die pharmazeutischen Unternehmen verlangen Höchstpreise für solche Innovationen. Stichwort 2-Millionen-Euro-Spritze. Doch eine solche Preispolitik stellt das Gesundheitswesen selbst in Deutschland vor enorme finanzielle Herausforderungen – vor allem dann, wenn gleich mehrere dieser Medikamente auf den Markt gelangen.

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) verfügt das deutsche Gesundheitswesen grundsätzlich über ein wirksames Instrument, um die Zielkonflikte im Arzneimittelmarkt zu lösen. Aber das Privileg des sofortigen Marktzugangs inklusive der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ist dauerhaft nur zu halten, wenn Preisgrenzen gelten, die nach objektiven und nachvollziehbaren Kriterien festgelegt sind. Wie gerade innovative Medikamente bei Markteintritt wirken und welche Nebenwirkungen bestehen können – darüber wissen alle Beteiligten in der Regel sehr wenig. Vor diesem Hintergrund muss das AMNOG weiterentwickelt werden.

Die TK hat dazu mit dem Modell des dynamischen Evidenzpreises bereits einen Vorschlag gemacht – mit dem Ziel, die Preisbildung neuer, vor allem Hoch- und Höchstpreisarzneimittel angemessen zu gestalten. Der dynamische Evidenzpreis adressiert wichtige Aspekte bei der Preisfindung moderner Therapien, zum Beispiel die schnelle Zulassung mit unreifer Datenlage. Diesem Umstand begegnet das Modell mit einer dynamischen, verhandlungsbasierten Preisfindung auf Basis der jeweils aktuellen Evidenzlage. Er legt aber keine objektivierbaren Kriterien für die eigentliche Preisbildung im Rahmen der Verhandlung fest.

Aktuelle Beispiele (zum Beispiel SMA-Therapie) zeigen, welche exorbitant hohen Gewinnmöglichkeiten sich der pharmazeutischen Industrie unter den aktuell in Deutschland gültigen HTA- und Preisfindungsmechanismen bieten. Die TK hält daher die Weiterentwicklung einer verhandlungsbasierten Preisfindung hin zu einer kriterienbasierten Preisermittlung mit kontinuierlichen Anpassungen für notwendig. Eine frühe Markteinführung soll durch fair pricing mit objektiven, transparenten Kriterien ermöglicht werden.

Daran anschließend schlagen wir eine Preisfindung innerhalb eines Korridors zwischen fairem Einführungspreis und Generika-Preisniveau mit stufenweisen Abschlägen vor. Mögliche Kriterien zur Preisfindung könnten unter anderem der medizinische Bedarf (medical need), Evidenz, Versorgungssicherheit, Forschung in der EU und Datenbereitstellung zu Forschungszwecken sein. Die AIM (International Association of Mutual Benefit Societies) hat Ende 2019 ebenfalls ein formelbasiertes fair pricing-Modell mit transparenten Kriterien vorgestellt, was die Legitimität und Notwendigkeit dieses Ansatzes nochmal unterstreicht.

Die TK fordert außerdem eine strukturierte, pharmaunabhängige Evidenzgenerierung als Teil einer Weiterentwicklung des AMNOG, um eine sichere Arzneimittelanwendung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die kriterienbasierte Preisfindung mündet in die Eingliederung ins Festbetragssystem oder den Fall des Patentschutzes.

Mehr digitale Versorgung durch Apotheken

Der Gesetzgeber hat in der vergangenen Legislaturperiode neue pharmazeutische Dienstleistungen möglich gemacht. Wir sehen dies als Chance für Apotheken, ihr Profil weiterzuentwickeln. Wir erwarten, dass diese insbesondere ihre digitalen Versorgungsangebote weiterentwickeln. Ein Großteil der Versorgungskette kann bereits jetzt digital abgebildet werden.

Dies fängt bei der ärztlichen Fernbehandlung an, geht weiter über die Ausstellung eines elektronischen Rezepts (E-Rezept) bis zur Bearbeitung des E-Rezepts in der Apotheke und der nachfolgenden Abgabe oder Lieferung des Arzneimittels. Auch im Abrechnungsprozess ist die digitale Kette bereits angelegt. Diese digitale Lieferkette sollte durch digitale Beratungsangebote der Apotheken geschlossen werden.

Die zügige Umsetzung des elektronischen Rezepts, die Unterstützung von Krankenkassen-Apps im Rahmen der Arzneimittelversorgung (Krankenkassen-Apps mit E-Rezept-Funktion, elektronische Patientenakte) und die Einbindung in digitale Versorgungsangebote der Krankenkassen sind dabei für uns ebenso essentielle Bestandteile patientenorientierter Versorgungsmodelle wie die digitale Kommunikation. Wir halten es für zeitgemäß, dass diese umfassender in den Apotheken angeboten werden. Dabei sollten die sensiblen Bereiche wie die Versorgung von Pflegebedürftigen oder die Versorgung im Notdienst in den Fokus genommen werden.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28 88 47 - 10,
berlin-gesundheitspolitik@tk.de