

weder eine sicherere Medikation noch eine effizientere Behandlung haben. Dazu gibt es Studien – auch zu seriösen Nebenwirkungen mit Hospitalisation als Folge solcher Massnahmen», erklärte sie, «der Leidtragende ist am Ende immer der Patient, und am Schluss bezahlt er auch noch die Zeche.»

«Der Leidtragende ist am Ende immer der Patient.»

Yvonne Gilli, FMH-Zentralvorstand

Brachliegendes Potenzial

«Ja, wir sind doppelt so teuer wie im Ausland. Wir haben in der Schweiz teurere Preise, weil wir auch mehr verdienen», erklärte später Dr. Axel Müller, Geschäftsführer von Intergenerika. «Aber das ist nicht der Grund, weshalb wir höhere Prämien zahlen. Es ist eine Unverschämtheit, das Volk so etwas glauben zu lassen.» Vielmehr zeigt eine Hochrechnung von 2016, dass in Generika ein Sparpotenzial von insgesamt CHF 1 Mrd. liegt. «Zudem gewinnt auf dem Schweizer Medikamentenmarkt die höhere Vertriebsmarge. Die teuren Originale werden durch dieses Modell bevorzugt.» Es wird keine Lösung geben, wenn durch das Referenzpreissystem die Preise von Generika noch tiefer werden. Sie würden im Gegenteil noch weniger verordnet.

Axel Müller erklärte, dass ausserdem die Versorgungssicherheit und -qualität auf dem Spiel stehen würden durch ein Referenzpreissystem: «Bei zu starkem Preiszerfall stellen Anbieter die Vermarktung ein. Speziell gefährdet sind Antibiotika, Chemotherapeutika, Schmerzmittel und spezielle Darreichungsformen.» Die Produkte werden als Folge aus Ländern wie China und Indien importiert. Wobei nicht nur das politische Risiko steigt: «Die Abhängigkeit von wenigen Anbietern kann zu Medikamentenengpässen führen.»

Erfahrungen aus dem Ausland

Schliesslich führte Axel Müller Beispiele aus dem Ausland an: «In Rumänien führte der Auslandspreisvergleich zum Marktrückzug von Generika. Der Auslandspreisvergleich mit Dänemark führte in Bulgarien zum Rückzug von Olanzapin Ge-

nerika und damit zu Medikamentenengpässen.» Und auch die WHO rät vom Auslandspreisvergleich bei Generika ab.

Auf den Intergenerika-Geschäftsführer folgten Cornelia Wanke, ehem. Referentin des Vorstands des AOK-Bundesverbands, sowie Prof. Dr. Herbert Rebscher, ehem. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Angestellten Krankenkassen (DAK-Gesundheit), ans Rednerpult. Sie berichteten über ihre Erfahrungen mit Referenzpreisen und anderen wettbewerblichen Massnahmen in Deutschland. Die Preise von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln ohne bewiesenen Zusatznutzen werden in einem zweistufigen Verfahren festgelegt. Der gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die Gruppen von Arzneimitteln mit vergleichbarer Wirkung. Im Anschluss legt die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen den konkreten Festbetrag fest. Dies wird regelmässig überprüft.

Unterhalb der Festbeträge im Generika-Bereich gibt es in Deutschland Rabattverträge. «Das ist das Instrument, wo momentan ganz viel herausgeholt wird.» Sie wurden eingeführt, um den Wettbewerb im Generikamarkt anzukurbeln: Krankenkassen oder Verbände schreiben Wirkstoffe aus. Den Zuschlag erhält meist das günstigste Präparat – für zwei Jahre. Apotheken sind ausserdem verpflichtet, ein Rabattarzneimittel abzugeben, sofern der Arzt eine solche Substitution nicht ausdrücklich untersagt hatte. Mit diesem System konnte Deutschland weitreichende Erfahrungen machen. «Für unseren Markt funktionieren Rabattverträge ganz gut. Aber das kann man nicht einfach auf die Schweiz übertragen», erklärte Cornelia Wanke. «Dass die Zahl der Generika-Unternehmen zurückgeht, dass es eine Marktkonzentration gibt auch bei wichtigen Wirkstoffen wie Antibiotika. Und dass es auch teilweise Lieferengpässe gibt.» In Deutschland beklagen die Hersteller also ähnliche Entwicklungen, wie sie in der Schweiz befürchtet werden. «Ein Festbetrags- bzw. Referenzpreissystem, wie wir es in Deutschland kennen, ist in der kleinen Schweiz wohl eher problematisch», gab Cornelia Wanke zu bedenken. //

KOLUMNE

TRENDBAROMETER



MEDICAL SIRI

Laut Analysen der WHO könnten der Gesundheitsbranche aufgrund des demografischen Wandels bis zum Jahr 2035 weltweit knapp 13 Millionen Fachkräfte fehlen. Es könnte aber auch ganz anders kommen. Dann nämlich, wenn zumindest ein Teil dieser Fachkräfte durch künstliche Systeme und medizinische Avatare ersetzt würden. Sind also Apples Siri, Microsofts Cortana, Googles Alexa und natürlich der altbekannte Watson von IBM die Lösung dieses Problems?

«Bis 2025 sind KI-Systeme in so ziemlich jedem Bereich des Gesundheitssektors denkbar, von der ganzheitlichen Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen bis zu digitalen Avataren, die konkrete Patientenfragen beantworten», prophezeit Harpreet Singh Buttar, Analyst bei Frost & Sullivan. Mit einem Gesamtvolumen von annähernd USD 700 Mio. ist Healthcare der sich am schnellsten entwickelnde Bereich des KI-Markts, der laut einer Analyse von Markets and Markets bis 2022 auf fast USD 8 Mrd. anwachsen soll. Erste Vorboten sind Watson (IBM), der derzeit vor allem in der Auswertung klinischer Vergleichsstudien eingesetzt wird und damit die Entwicklung neuer Medikamente um Jahre beschleunigt. Daneben gibt es bereits zwei weitere medizinische Chatbots, die in China und Israel entwickelt worden sind. Das israelische Startup «Kang Health» hat einen gleichnamigen Roboter entwickelt, der via Website und App bei der Diagnose von Krankheiten erste Anlaufstelle für Patienten sein soll. Auch wenn derzeit noch zwei Mediziner aus Fleisch und Blut die Kommunikation überwachen. Und mit «Melody» gibt es auch beim chinesischen Pendant zu Google einen Medical Chatbot für deren «Baidu's Doctor Mobile App».

Herzlich, Ihre Corinna Mühlhausen

Schreiben Sie uns: carmen.hunkeler@sanatrend.ch