

# Alles eine Frage des Profits

**Wie finden Arzneimittel hierzulande ihren Preis – und was kann ihn zügeln?**

von Elke Brüser

**In Deutschland bestimmt die pharmazeutische Industrie, was ein Medikament kosten soll. Viele – besonders lebensnotwendige – Präparate sind bei uns teurer als in anderen Ländern, die bei der Preisfestsetzung mitreden. Mühsam und ohne Grundlegendes zu ändern, versucht unsere Regierung zum wiederholten Male, die Kosten für Arzneimittel durch die Hintertür zu senken.**

**B**eispiel Pille: Jungen Frauen, die damit verhüten, erstatten die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. Ab dem zwanzigsten Geburtstag muss Frau die Pille selbst zahlen. Die Preisunterschiede zwischen den rezeptpflichtigen Hormonpräparaten sind zwar gering, aber sie summieren sich. Generell gilt: Je mehr Pillen in der Packung sind, desto billiger ist die einzelne Pille. Je nach Präparat liegt der Preis für einen Vier-Wochen-Zyklus bei sieben bis zwölf Euro, wenn eine Sechsmonatpackung gekauft wird. Wirklich günstiger geht das auch im Internet-Verbandhandel nicht. Das hat einen einfachen Grund: Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind die Preise festgelegt. (Nur Anbieter aus dem Ausland können günstiger sein.)

Bei Medikamenten ohne Rezeptpflicht lohnt es sich jedoch, im Internet zu recherchieren oder bei verschiedenen Apotheken nachzufragen. Auch nach Sonderangeboten.

Wirklich bedeutsam für SelbstzahlerInnen wie auch für die Krankenversicherungen ist vor allem eins: Jeder neue Wirkstoff ist zunächst für zwanzig Jahre patentgeschützt. Der Preis dieses Originalpräparats ist hoch und sinkt meist nicht einmal, wenn günstige Nachfolgepräparate mit identischem Wirkstoff, sogenannte Generika, auf den Markt kommen. Oft gelingt es MarketingstrategInnen, den Originalnamen so ins Hirn von ÄrztInnen und potenziellen PatientInnen einzubrennen, dass sie das Original für das Beste halten und es des-

halb trotz Alternativen verordnen oder mehr dafür ausgeben. Beispiel Aspirin: Der Originalhersteller Bayer verlangt für hundert Aspirin-Tabletten mit 500 mg Acetylsalicylsäure satte 15,97 Euro, während Alternativen mit identischem Wirkstoffgehalt in der Apotheke um die Ecke für 3,93 Euro von 1A Pharma oder Aliud zu haben sind.

Obwohl ÄrztInnen mittlerweile immer häufiger Generika verordnen, steigen die Arzneimittelausgaben insgesamt permanent. Allein die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zahlten dafür 2009 rund dreißig Milliarden Euro – und damit fünf Milliarden mehr, als sie für ärztliche Behandlungen ausgeben. Für die enormen Summen hat der Verband der for-



schenden Arzneimittelhersteller, der die großen Konzerne vertritt, eine schlichte Erklärung, die er mantramäßig wiederholt: Arzneimittel müssen so teuer sein, weil die Forschungsausgaben der Firmen so hoch sind, und weil mit dem heute erzielten Profit neue, zukunftsweisende Wirkstoffe erforscht werden sollen. Dieser Gedanke ist längst in vielen Köpfen verankert, obwohl daran eine Menge falsch ist. Wichtige Grundlagenforschung erledigen Universitäten und andere Forschungseinrichtungen, die aus Steuergeldern finanziert werden. Marketing- und Vertriebskosten subsummieren Firmen ungeniert unter Forschungsausgaben. Im Schnitt geben Arzneimittelfirmen für Marketing und Werbung doppelt so viel aus wie für echte Forschung.

**Obszöne Preise**

An Kapital mangelt es Pharmariesen wie Pfizer und Co. offenkundig nicht: Der US-Konzern musste kürzlich wegen illegaler Vermarktungspraktiken eine Strafe von 2,3 Milliarden US-Dollar zahlen und steckte das locker weg. Der Profit ist, insbesondere bei neuen Medikamenten für chronische oder lebensbedrohende Krankheiten immens, also bei Mitteln gegen Diabetes, psychische Erkrankungen, Bluthochdruck, Krebs oder Multiple Sklerose. Sie sind die Hauptkostentreiber. Und das erklärt den Höhenflug der Kosten: Die Her-

steller berechnen ihren Abgabepreis für ein Medikament nicht aus den fixen Kosten – etwa Rohstoffen, Herstellung im weitesten Sinne, Forschungs-, Marketing- und Werbekosten – plus einem gewünschten Profit. Nein, die Rechnung geht andersrum: Wenn ein neuer Wirkstoff auf den Markt kommt, wird zuvor veranschlagt, wie hoch der Profit sein kann. Wie viel ist die Gemeinschaft der Versicherten (oder bei Lifestyle-Produkten: der Einzelne) bereit, in Anbetracht des versprochenen Nutzens zu zahlen? Und dann wird die Summe aus Kosten und Profiterwartung durch die Zahl der Kranken geteilt, mit denen zu rechnen ist. Beispiel Sildenafil (Viagra): Hier wurde der Preis von Pfizer bei zirka 15 Euro fixiert, obwohl ähnliche Substanzen, die wie der Viagra-Wirkstoff als Herz-Kreislauf-Mittel entwickelt wurden, nur zirka einen Euro pro Tag kosten. Das Potenzmittel Tadalafil (Cialis) stieg später auf ähnlich hohem Niveau ein.

So kommen Preise zustande, die der Krebsmediziner Wolf-Dieter Ludwig »obszön« nennt. Der unerschrockene Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft rechnet gern das ein oder andere Beispiel vor: Das Darmkrebsmittel Cetuximab (Erbix von Merck) kostet pro Monat 5.200 Euro, macht 62.000 Euro im Jahr. Obszön sind die Kosten hier auch angesichts des geringen Nut-

zens, den moderne Präparate wie dieses vielfach haben. Sie bedeuten für Krebskranke meist weder eine bedeutsame Lebensverlängerung noch eine verbesserte Lebensqualität in den letzten Lebenswochen. Es geht um zwei, drei oder vier Wochen länger leben mit beträchtlichen Nebenwirkungen in einer Klinik. Es gibt auch neue, wirklich lebensrettende Medikamente wie den Antikörper Eculizumab (Soliris), die unverschämte teuer sind. Weil die Tagesdosis für einen PatientIn mehr als 1.200 Euro kostet, verschlingt ihre/seine Therapie im Jahr fast eine halbe Million Euro. Werden die etwa 1.300 Betroffenen in Deutschland behandelt, summiert sich das auf eine halbe Milliarde Euro pro Jahr – die anderswo fehlt. Dabei waren bei Eculizumab weder die Entwicklungskosten noch die Studien aufwendig.

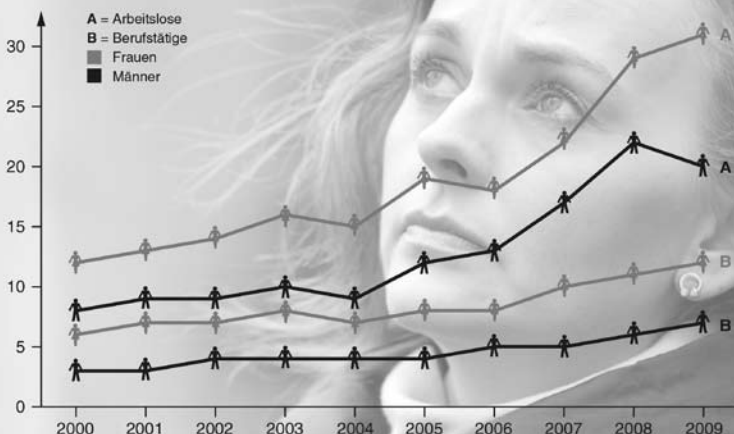
**Preisfindung**

Preisfrage: Worin unterscheiden sich Malta, Dänemark und Deutschland nicht? Antwort: In diesen drei EU-Staaten bestimmen die Arzneimittelfirmen, was Medikamente kosten – ob sie patentgeschützt sind oder nicht, von den Kassen erstattet werden oder nicht, verschreibungspflichtig sind oder nicht. Fünf Staaten machen genau das Gegenteil, dort entscheidet eine staatliche Behörde, wie teuer neue Präparate sein dürfen. Zu den »Preis-

**Arbeitslose Frauen erhalten die meisten Antidepressiva**

Verordnete Antidepressiva 2000 bis 2009 je Berufstätigen bzw. Arbeitslosen nach Geschlecht – Angaben in Tagesdosen\*

\* Tagesdosis: empfohlene Tageseinnahme eines Präparats



Quelle/Graphik: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

**Wie setzt sich der Verkaufspreis rezeptpflichtiger Präparate zusammen?**

Auf den Hersteller-Abgabepreis schlägt zunächst der Großhandel einen prozentual gestaffelten Betrag auf. Zu diesem Apotheken-Einkaufspreis kauft die Apotheke ein und belegt ihn mit einem fixen Aufschlag von drei Prozent und 8,10 Euro pro Packung plus den vollen Mehrwertsteuersatz von derzeit 19 Prozent. (Die Folge: Packungen unter zehn Euro gibt es nicht.) Nun sind wir beim Apotheken-Verkaufspreis. E.B.

bestimmen« gehören Belgien, Bulgarien, Griechenland, Luxemburg und Zypern.

Großbritannien hat eine der möglichen Zwischenlösungen gewählt: Den Preis für patentgeschützte Arzneimittel bestimmen die Firmen selbst, allerdings ist der Profit, den sie erzielen dürfen, gedeckelt. Er liegt bei 21 Prozent des Hersteller-Abgabepreises. Verdienen sie mehr, müssen sie Geld an den britischen Staat, der die Arzneimittelkosten trägt, zurückzahlen.

Die Lösungen sind unterschiedlich, aber das Problem ist überall gleich: Für neue Medikamente existiert genuggenommen kein preisregulierender Markt. Solange ein Wirkstoff patentgeschützt ist, fehlt harte Konkurrenz zwischen Anbietern. Darum verhandeln Länder wie Frankreich und Italien mit den Unternehmen über den Preis, andere legen ihn nach bestimmten Kriterien fest. Ausschlaggebend sind hierbei Verfahren, die entscheiden, ob ein neuer Wirkstoff so nützlich ist, dass er erstattet werden soll. Per Schnellbewertung nach der Zulassung eruiert dies etwa Schottland, während in Frankreich die Nutzenbewertung parallel zum Zulassungsverfahren läuft. Bei uns werden solche Modelle jetzt ernster genommen, vorläufig wird der PatientInnennutzen nachträglich bewertet. Es gilt folgendes Prozedere:

Jeder neue Wirkstoff muss durch eine deutsche Arzneimittelbehörde (das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder das Paul-Ehrlich-Institut) oder die European Medicines Agency zugelassen sein, bevor er auf den Markt kommt. Zulassung bedeutet, dass ein Präparat bei bestimmten Krankheiten, seinen Indikationen, eine Wirkung zeigt und dass seine Risiken dem Einsatz nicht entgegenstehen. Es bedeutet keinesfalls, dass die erforderlichen Studien im Labor, an Tieren, an gesunden und einige kranken Menschen – immer noch mehr Männern als Frauen – ergeben haben, dass ein Präparat mit besonderer Schlagkraft entwickelt worden ist, also besser als ein bereits erhältliches ist.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem VertreterInnen der ÄrztInnenenschaft, der Krankenhäuser und Krankenkassen sitzen und seit 2004 auch PatientenvertreterInnen mit beratender Funktion, entscheidet, unter welchen Bedingungen die GKV Therapien erstattet. Der G-BA beschließt auch, ob und welcher Festbetragsgruppe (s.u. Referenzpreise aus Deutschland) ein Arzneimittel angehört, er gibt Therapieempfehlungen und kann Präparate von der Erstattung ausschließen. Dabei wird der G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt, das Arzneimittel hinsichtlich ihres Nutzens vergleichend bewertet. Alle relevanten Studien zu einer bestimmten Frage – etwa ob die Relation von Nutzen und Schaden bei Antidepressivum A günstiger ist als bei Antidepressivum B oder C und ob es seinen Preis wert ist – werden berücksichtigt, wenn möglich auch solche, die der Hersteller nicht veröffentlicht hat. Was wichtig ist, wie das Beispiel Reboxetin (Edronax) zeigt: Gegen Depressionen erwies sich der Wirkstoff als praktisch nutzlos, nachdem der Hersteller Pfizer auch die negativ ausgegangene Studien herausgerückt hatte. Diese lassen Firmen gerne in geheimen Ordnern verschwinden und schönen so den Eindruck eines Präparats in der Fachöffentlichkeit.

### ÄrztInnen und PatientInnen unter Einfluss

O hnehin setzen Firmen alles daran, ihre Präparate bei ÄrztInnen ins rechte Licht zu rücken und rasch in den Markt zu drücken. Denn solange der G-BA ein Medikament nicht von der Erstattung ausschließt – was ganz selten vorkommt –, wird es erstattet. Daher bekommen Arztpraxen Besuch von PharmavertreterInnen, habilitierte FürsprecherInnen reden für viel Geld vor ÄrztInnen und sonst wo über das »innovative« Medikament. Vor allem Sponsoring und plakative Werbung auf Tagungen machen ein neues Präparat bekannt. Allein dafür zahlen Firmen auf internationalen Medizinkongressen einige Millionen Euro.

Ganz gezielt machen Firmen neue Medikamente in der breiten Öffentlichkeit bekannt, obwohl jegliche Werbung für rezeptpflichtige Präparate eigentlich nur in Fachkreisen erlaubt ist. Derart beeinflusste PatientInnen erzeugen bei ÄrztInnen häufig Druck, die neuen hochgejubelten Mittel zu verordnen, obwohl die in der Regel teurer, aber schlechter untersucht sind als die herkömmlichen. PatientInnenorganisationen helfen Betroffenen beim Umgang mit ihrer Krankheit, aber dass etliche von Pharmafirmen finanziert oder sogar gegründet werden, erzeugt (gewünschte) Abhängigkeiten und ermöglicht verdeckte Beeinflussung. Nach dem Motto: Wes Brot ich ess, des Lied ich sing.

Der Deutsche Diabetikerbund (DDB) fiel mehrfach auf, in einer solchen Fir-

#### MEZIS: ÄrztInnen wollen sich nicht schmieren lassen

Außer den PharmavertreterInnen, die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Praxis umwerben, gehören zur gezielten Beeinflussung auch sogenannte Fortbildungsveranstaltungen, die zu neunzig Prozent von der Industrie organisiert werden. Diese bieten dazu nicht nur ihnen genehme ExpertInnen auf – sogenannte Mietmäuler –, sondern laden an ausgewählte Orte ein, bieten kulinarische Köstlichkeiten und kulturelle Zerstreuung. Mit den meist einseitigen Informationen wollen viele MedizinerInnen nichts mehr zu tun haben. Einige von ihnen haben das Netzwerk »Mein Essen zahl' ich selbst – Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte« (MEZIS) gegründet. Pate stand die US-amerikanische Bewegung »No free lunch«. Mitglieder von MEZIS lassen sich nicht (mehr) von PharmavertreterInnen besuchen und umgarnen; sie nehmen keine Muster, Geschenke, Essenseinladungen von Firmen an, und sie sammeln ihre Fortbildungspunkte nur bei firmenunabhängigen Veranstaltungen oder Zeitschriften. *E.B.*

[www.mezis.de](http://www.mezis.de)

menabhängigkeit zu stehen: Erst im vergangenen Mai hat er zu einer Demonstration vor dem Gesundheitsministerium in Berlin aufgerufen, um die Erstattung bestimmter Insulinpräparate für diabeteskranke Kinder durchzusetzen. Nur, trotz hoher Preise ist kein besonderer Nutzen dieser kurzwirksamen Kunstinsuline gegenüber den anderen Insulinen erwiesen, und speziell für Kinder sind die Risiken nicht ausreichend untersucht. Auf der Webseite des DDB outen sich sämtliche Hersteller von Kunstinsulin als Sponsoren, die etwa für Bannerwerbung auf Webseiten kräftig zahlen.

### Referenzpreise aus Deutschland

Früher galt Deutschland als Apotheke der Welt, denn es war Stammland mächtiger Arzneimittelkonzerne wie Hoechst (aufgegangen in Sanofi Aventis) und Bayer. Unter anderem diese traditionelle Rolle erklärt, warum bis heute andere Staaten bei der Preisfestsetzung von Arzneimitteln Deutschland als Referenzland wählen. Mit anderen Worten: Wer hierzulande einen hohen Preis verlangen kann, macht auch andernorts mehr Profit. Kein Wunder, dass die Firmen nicht an ihrer Preisfestsetzungsautonomie rütteln lassen wollen.

Die Regierung bemüht sich daher, die Arzneimittelkosten durch die Hintertür zu steuern, nämlich wenn Arzneimittel zugelassen und längst auf dem Markt sind. Mit diversen Maßnahmen wurde bereits versucht, einerseits Ausgaben der GKV zu dämpfen und andererseits das hohe Preisniveau als Referenzgröße für das Ausland zu erhalten.

So dürfen und sollen seit 2007 Krankenversicherungen mit Arzneimittel-firmen Rabattverträge aushandeln. Diese sind jedoch geheim. Was man andernorts Preisabsprachen nennen würde, wird hier als geniale Kostendämpfungsstrategie gelobt. Dabei schaffen Rabattverträge vor allem Intransparenz und monopolartige Marktstrukturen. Und: Kranke müssen es hinnehmen, wenn sie statt des gewohnten ein anderes – wenn

auch wirkstoffgleiches – Präparat nehmen sollen. Mit dem vielbeschwo-renen Konzept von der mündigen Bürgerin und dem informierten Bürger hat das wenig zu tun. Profitable Schlupflöcher haben Anbieter von Originalpräparaten übrigens längst geortet: Manch ein Rabattvertrag läuft länger als der Patentschutz, günstige Generika sind dann schon im Handel, werden aber nicht bevorzugt verordnet.

Als effizienter Hebel der Preisregulation erwies sich bisher nur die Festbetragsregelung für diverse Arzneimittelgruppen. Seit 1989 wird ein Höchstpreis für die Präparate einer Gruppe festgesetzt, der sich an den günstigsten Medikamenten orientiert. Mehr als diesen Festpreis erstatten die gesetzlichen Krankenkassen nicht. Medikamente, deren Preise dreißig Prozent unter dem Festbetrag liegen, sind von jeglicher Patientenzahlung befreit. Wer Zuzahlungen vermeiden will, kann selbst herausfinden, welche zuzahlungsfreien Alternativen es für ihn gibt, etwa unter dem Schlagwort »Zuzahlung sparen« auf der Website von Gute Pillen – schlechte Pillen.

### Nutzenbewertung

Manche Firmen senken ihre Preise auf den Festbetrag, um häufiger verordnet zu werden, andere nicht. So geschehen beim Cholesterinsenker Atorvastatin (Sortis) von Pfizer. »Der Pharmakonzern musste es aber hinnehmen, dass sein teures Mittel gegen hohe Blutfettwerte vom G-BA in die Festbetragsgruppe der Cholesterinsenker einsortiert wurde und dann weit über dem Festbetrag lag«, sagt Ulrike Faber, die beim G-BA PatientInnenvertreterin für Arzneimittel ist. »Dass der Konzern sich mit ganzseitigen Anzeigen gewehrt hat, unter dem Motto ‚Ab Januar wird gespart. An der Gesundheit von Millionen Herz-Kreislauf-Patienten‘, das hat ihm nichts genützt.«

Vielleicht können zukünftig auch in Deutschland die Hersteller die Preise nicht mehr ganz allein bestimmen. Denn im »Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz« ist derzeit eine schnelle

Nutzenbewertung geplant. Nur im ersten Jahr nach der Markteinführung sollen Firmen den Preis selbst festlegen können. Für Mittel ohne zusätzlichen Nutzen im Vergleich zu existierenden Präparaten ist ein Festbetrag vorgesehen. Für Mittel mit zusätzlichem Nutzen sollen Hersteller und Krankenkassen den Preis aushandeln. Andernfalls legt eine Schiedsstelle ihn fest. Ob diese Regelung einen Fortschritt bedeutet, ist keinesfalls sicher. Der Industrie ist das neue Gesetz jedenfalls lieber als eine Positivliste, die die Spreu vom Weizen trennt und nur die wichtigen Medikamente enthält. Zweimal, 1992 und 2003, hat die Pharmaindustrie bei uns eine Positivliste verhindert. Jörg Schaaber, PatientInnenvertreter beim G-BA, hält sie für notwendig, um Kranke vor – im Vergleich mit anderen – schlechter wirksamen und riskoreicheren Präparaten zu schützen. ÄrztInnen in Österreich und Dänemark arbeiten zum Beispiel vorrangig mit rund 6.000 beziehungsweise 7.000 Medikamenten, die in ihrer Positivliste stehen. In Deutschland gibt es demgegenüber 40.000 bis 50.000 verschiedene Präparate (und Preise), die niemand überschaut.

Positivlisten regeln die Dinge nicht durch die Hintertür, sie sind ein einfaches Mittel, um gute Wirkstoffe hervorzuheben und faire Preise auszuhandeln. In Staaten mit Positivliste wie Finnland, Schweden, Frankreich, Australien, Kanada und vielen anderen wollen die Hersteller mit ihren Medikamenten auf diese Liste gelangen und müssen sich dazu auch auf harte Preisverhandlungen einlassen. Denn der Markt reguliert das nicht.

*Dr. Elke Brüser ist freie Wissenschaftsjournalistin für Süddeutsche Zeitung, test, Freitag, taz. Sie ist Mitbegründerin der unabhängigen Gesundheitszeitschrift Gute Pillen – Schlechte Pillen und gehört zu deren Redaktionsteam. Sie ist Regionalgruppensprecherin des Journalistinnenbundes.*



[www.gutepillen-schlechtepillen.de](http://www.gutepillen-schlechtepillen.de)