



25.05.2023

## Transkript

# „Engpässe bei Arzneimitteln – Wie eine bessere Versorgung gelingen kann“

## Expertin und Experten auf dem Podium

---

- ▶ **Prof. Dr. David Francas**  
Professor für Daten- und Lieferkettenanalyse, Hochschule Worms, University of Applied Sciences
- ▶ **Prof. Dr. Ulrike Holzgrabe**  
Seniorprofessorin für pharmazeutische und medizinische Chemie, Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- ▶ **Dr. Torsten Hoppe-Tichy**  
Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg
- ▶ **Philipp Jacobs**  
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

## Mitschnitt

---

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:  
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/engpaesse-bei-arzneimitteln-wie-eine-bessere-versorgung-gelingen-kann/>



press briefing

## Transkript

---

**Moderator** [00:00:00]

Herzlich willkommen beim Press Briefing des Science Media Centers heute zum Thema "Engpässe bei Arzneimitteln — Wie eine bessere Versorgung gelingen kann". Ich darf mich auch kurz vorstellen: Mein Name ist Philipp Jacobs. Ich bin Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften beim SMC. Und zu den drei Expertinnen und Experten komme ich aber gleich auch noch. Vielleicht kurz einige Worte vorweg. Es ist ja so, dass die Engpässe und die Lieferprobleme bei wichtigen Arzneimitteln in den vergangenen Jahren schon teils kritische Ausmaße erreicht haben und mitunter auch die Gesundheitsversorgung stark beeinträchtigt haben. Die Ursachen, das wissen Sie auch alle, die hier dabei sind, sind sehr komplex. Globale, kaum nachvollziehbare Lieferketten, Preisdumping, regulatorische Herausforderungen und natürlich die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Und in diesem Gespräch möchten wir mit Ihnen da draußen und mit den zwei Experten und der Expertin das drängende Thema der Arzneimittelversorgung in Deutschland einfach noch mal diskutieren und Fragen aufwerfen, die vielleicht noch nicht gestellt wurden oder die noch unklar sind, zumindest die Antworten darauf. Bevor ich zu unseren Gesprächspartnern komme, für Sie da draußen noch mal kurz die Info: Die Fragen, die Sie stellen, bitte immer ins Frage-Antwort-Tool unten reinschreiben. Das kennen Sie ja eigentlich schon. Die werden dann weitergereicht und mir hier vorgelegt. Und dann gebe ich die weiter an die Experten hier. Und Sie haben noch die Möglichkeit, das vielleicht auch noch kurz gesagt, Fragen ein bisschen hochzuvoten. Das heißt, wenn Sie jetzt sehen, der Kollege stellt jetzt eine tolle Frage, die hatte ich eigentlich auch so und die finde ich super, dann können Sie mit dem kleinen Daumen auch noch dafür werben, dass die bitte doch gestellt wird. Also wir versuchen natürlich sowieso alle Fragen zu stellen, aber sollte die jemandem besonders wichtig sein, können Sie das auch noch mal mit Nachdruck betonen. Dann darf ich jetzt die Expertin und die Experten hier auch mal kurz vorstellen. Ich fange bei mir rechts oben an. Das wäre Herr Torsten Hoppe-Tichy, Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg. Hallo, Herr Hoppe-Tichy! Dann haben wir bei mir jetzt links unten Frau Ulrike Holzgrabe, Seniorprofessorin für pharmazeutische und medizinische Chemie am Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Hallo, Frau Holzgrabe!

**Ulrike Holzgrabe** [00:02:02] Hallo!

**Moderator** [00:02:02]

Und Herr David Francas, Professor für Daten- und Lieferkettenanalyse an der Hochschule Worms. Hallo, Herr Francas! Herr Hoppe-Tichy, ich würde gerne mit Ihnen starten. Gewähren Sie uns doch bitte mal einen kleinen Einblick in Ihre Uni-Apotheke. Welche Regale sind derzeit leerer als sonst?

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:02:22]

Eigentlich sind wenige leerer als sonst. Die meisten sind ja voller als sonst, weil wir natürlich schon vor Jahren auch dazu veröffentlicht haben, dass man mit Lieferengpässen umgehen muss und dass man sie managen muss. Wir haben vor Jahren schon einen Algorithmus eingeführt, wir haben ja im Krankenhaus eine begrenzte Anzahl von Arzneimitteln. Im Gegensatz zu öffentlichen Apotheken können wir die Arzneimittel ja aussuchen, in der Arzneimittelkommission festschreiben lassen. Und dort geht man so vor, dass man sagt: Welches sind die unverzichtbaren Medikamente, die wir in jedem Fall immer da haben müssen? Bei welchen können wir austauschen, bei welchen gibt es Generika, bei welchen können wir importieren? Das ist so im Groben gesagt die Schiene, auf der wir uns bewegen. Und natürlich jetzt auch: welche können wir selbst herstellen. Und deshalb hat



man bei den sensiblen Arzneimitteln natürlich den Lagerbestand schon vor Jahren massiv erhöht; also der Inventurwert hier in der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg hat sich in den letzten zehn Jahren bestimmt verdoppelt, wenn nicht mehr als verdoppelt, einfach um sicherzustellen, dass wir bei essenziellen Arzneimitteln immer handlungsfähig sind. Natürlich haben wir auch im Moment ein paar Bereiche, die leerer sind als sonst, ganz klar. Und es sind auch zum ersten Mal Bereiche dabei, also Arzneimittel dabei, die wirklich essenziell sind; einmal für die Patienten bei uns. Aber wir entlassen diese Patienten auch in den niedergelassenen Bereich und haben natürlich auch da eine Verantwortung zu übernehmen. So ein klassisches Beispiel ist eine Antibiotikaprophylaxe bei den transplantierten Patienten. Da hilft es nichts, wenn wir die aus Rohstoff selbst herstellen, die Arzneimittel aber dann im niedergelassenen Bereich nicht verfügbar sind. Das wäre fatal. Und wir haben dann auch durch die neuen Regelungen des Bundesgesundheitsministers, dass man ja einfacher importieren kann, die Möglichkeit gehabt, die Versorgung sicherzustellen. Aber wir waren Gewähr bei Fuß, sage ich mal, und hatten Rohstoff eingekauft und haben auch enorm viel selbst verkapselt, um die Versorgung in jedem Fall sicherstellen zu können. Wir verbrauchen derzeit unsere selbst hergestellten Medikamente, um wieder mit dem normalen, im Markt Verfügbaren weiterzumachen.

**Moderator** [00:05:14]

Da haben Sie das Thema eigentlich schon selbst genannt. Wann ist ein Lieferengpass eigentlich ein Versorgungengpass? Wann ist das Lieferproblem auch ein Patientenproblem? Und inwiefern können Sie als Apotheke dann überhaupt gegensteuern, im Sinne von: eventuell andere Mittel der gleichen Wirkstoffgruppe [nutzen], oder eben als Apotheke selbst herstellen? Können Sie das vielleicht ein bisschen beleuchten?

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:05:35]

Ich kann das vielleicht am besten mal an dem Beispiel der Fiebersäfte — das [ging ja] in den Medien rauf und runter — für Kinder darstellen. Wir haben hier in der Apotheke einen strategischen Einkauf. Das ist ein Apotheker, der das managt. Und wir hoffen immer, dass der durch eine gute Kunden-Lieferanten-Beziehung [möglichst früh] erfährt, wenn sich irgendwie Engpässe ankündigen; sei es durch Rohstoffmangel, sei es durch regulatorische Anforderungen an Betriebsstätten und so weiter und so fort. Und in diesem Fall war dann Paracetamol genannt worden. Und das erste, was er versucht, ist, noch mal etwas einzukaufen. Er weiß dann natürlich auch, wenn Paracetamol eng wird, wird Ibuprofen auf Dauer auch eng. Also versucht er auch dort einzukaufen. Als nächstes geht er dann her, informiert die Arzneimittelinformation und die Arzneimittelversorgung, weil die werden nämlich Informationsschreiben an die Stationen rausgeben müssen, wenn wir irgendetwas umstellen. Dann geht er zur Arzneimittelherstellung, und die orientieren sich auf dem Markt, ob Rohstoff zu kriegen ist. Wir haben in beiden Fällen jeweils ein Kilogramm eingekauft als Rohstoff. Das war erhältlich. Und er orientiert sich, ob man eventuell über Importe aus anderen Ländern etwas überbrücken kann. Importe aus anderen Ländern, das muss man aber klipp und klar sagen, sind natürlich auch ein ethisches und moralisches Problem für uns, weil wir kaufen damit andere Märkte leer. Das muss man sich einfach klar machen. Dann haben wir vielleicht nicht das Problem, aber Frankreich hat es oder Belgien oder Griechenland. Ja, so wird vorgegangen, und dann stellt man eben ab einer gewissen Zeit selbst solche Sachen her. Herstellungsvorschriften existieren in den meisten Fällen oder werden entwickelt, so wie es sich [nach dem] Arzneibuch gehört, mit Plausibilitätstests und allem, was uns an regulatorischen Vorgaben gemacht wird, so dass die Qualität von dem, was wir herstellen, genauso gut ist wie die Qualität der im Markt befindlichen Produkte.

**Moderator** [00:08:00]



press briefing

Können Sie vielleicht ganz kurz skizzieren, wo die Grenze der Herstellung der Apotheke ist? Was kann man herstellen, was kann man nicht herstellen?

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:08:07]

Die Grenze in der Krankenhausapotheke ist klipp und klar genannt in den Gesetzgebungen. Wir können eigentlich nur für unsere eigenen Patienten, die im Bett des Krankenhauses liegen, etwas herstellen. Das, was wir eventuell gemacht [hätten], zur Überbrückung bei den Transplantpatienten, wäre schon darüber hinaus gewesen. Aber wir hätten es natürlich trotzdem gemacht, um die Patienten abzusichern. Ganz klarer Fall.

**Moderator** [00:08:37]

Vielen Dank, Herr Hoppe-Tichy. Wir kommen bestimmt gleich noch mal auf Sie zurück. Herr Francas, ich würde jetzt gern kurz zu Ihnen wechseln und Ihnen die etwas große, aber dann doch für Sie vielleicht einfache Frage stellen: Was sind eigentlich die Ursachen für die aktuellen Lieferengpässe? Und dazu direkt die Nachfrage: Wissen wir das eigentlich ganz genau? Wir haben viel geschrieben und gehört in den letzten Wochen und Monaten, aber wissen wir eigentlich genau, was das Problem ist?

**David Francas** [00:09:03]

Über den einzelnen Lieferengpass wissen wir es oftmals, oftmals wohlgermerkt. Man ist auf die Informationen der Hersteller angewiesen, die detaillierter sein können, die weniger detailliert sein können. Und das sind im Grunde genommen eigentlich drei Bereiche, die ursächlich sind. Das eine ist, das ist der Hauptgrund, es sind Probleme im Produktionsbereich, im Lieferkettenbereich. Das können Qualitätsmängel sein, das können tatsächlich technische Probleme sein, das kann die Verfügbarkeit von Wirkstoffen entlang der Kette sein. Beispiel wären hier, wenn man ein paar prominente herausgreift, 2018, 2017 die Valsartan-Lieferengpässe durch Verunreinigungen der Wirkstoffproduktion bei einem chinesischen Hersteller, der [unverständlich] weltweit beliefert hat. Also auch diese starke Konzentration der Lieferkette, die teilweise problematisch ist. Dann haben wir auch Marktaustritte. Das war sicherlich mit ursächlich für die Lieferengpässe bei den Fiebersäften für Kinder, die wir gerade schon angesprochen hatten, wo der zweitgrößte Zulassungsinhaber für Deutschland mit etwa 30 Prozent aus dem Markt ausgetreten ist und wir de facto jetzt eigentlich eine Monopolsituation haben. Auch das kann passieren, wirtschaftliche Gründe. Was man dann natürlich hinterfragen muss: Wie kann es dazu kommen, dass jemand mit einem Marktanteil von 30 Prozent freiwillig den Markt verlässt? Das ist natürlich eine Sache, die man diskutieren müsste. Der dritte Bereich kann sein, dass wir eben unerwartete Nachfragesteigerung haben. Das haben wir während der Coronakrise gehabt, dass Medikamente plötzlich gehypt worden sind, [die] in der Presse waren entsprechend, die Abverkäufe stiegen. Es kann natürlich auch sein, dass ein therapeutischer Bedarf deutlich steigt durch mehr Intensivpatienten, was wir auch in der Coronakrise gesehen haben. Jetzt aktuell haben wir einen Lieferengpass bei diesem Diabetesmedikament, diesen Semaglutiden, wenn ich das richtig im Kopf habe. Weil man gemerkt hat, das kann man auch zum Abnehmen nutzen. Es wird gehypt, und plötzlich hat man einen Off-label use für das Medikament, der natürlich auch die Nachfrage treiben kann. Das sind so die drei Bereiche. Was wir im Allgemeinen sehen: Sicherlich ursächlich [für diesen] Wandel [ist] die Abwanderung der Wirkstoffproduktion und vor allem auch die hohe Konzentration der Produktion gerade im Bereich von den Wirkstoffen, die in Generika verwendet werden, dadurch aber für die Breitenversorgung sehr relevant sind. Sicherlich ist auch ein Faktor, der dahinter steht. Kostendruck, immer höhere Konzentration auf immer weniger Hersteller. Das heißt, dadurch wird die Lieferkette per se anfälliger. Auch die Verlagerung der Produktion nach Asien in Länder, wo wir vielleicht weniger Einsicht haben,



wird im Allgemeinen damit in Verbindung gebracht. Wobei, wir müssen aufpassen, es gibt nicht die eindeutige Kausalität, die man wissenschaftlich präzise nachweisen kann. Aber wenn man die Muster interpretiert, spricht vieles dafür, dass die Komplexität, die dadurch erzeugt worden ist, sicherlich auch eine Ursache im Hintergrund ist.

**Moderator** [00:11:53]

Gestern war ja die Anhörung im Bundestag und ich habe mal ganz kurz in das Gesetz oder den Gesetzentwurf von Lauterbach reingeschaut, wo die Rede von einer Diversifizierung der Lieferketten ist, was auch immer das erst mal heißen soll. Aber vielleicht die Frage jetzt an Sie, an welchen Stellschrauben müssten wir dann bei diesen Lieferketten drehen oder kann man überhaupt drehen?

**David Francas** [00:12:12]

Der erste Entwurf, man hat ja das Gesetz in verschiedenen Entwürfen verfolgen können, der erste Entwurf hat ja vorgesehen, dass man stark beim Wirkstoff dort diversifiziert, so dass mindestens eine Wirkstoffquelle in Europa [ist]. Das ist ja gar nicht so einfach, wenn man sich überlegt, dass es weltweit für einzelne Wirkstoffe nur noch ein bis fünf Hersteller gibt. Das heißt, da wird die Diversifikation per se schon schwierig. Wenn die aber alle in Asien sind, was es teilweise gibt, dann kann ich gar nicht diversifizieren. Das wurde ein bisschen entschärft, [wenn] zumindest die Produktion dann in Europa sein muss. Das heißt, natürlich kann man das jetzt fordern, das ist sicherlich auch keine falsche Maßnahme. Nur sie wird das Problem nicht lösen können. Wenn wir gar keine Möglichkeit haben [unverständlich] zu diversifizieren, können wir im Einkauf gar nicht diversifizieren. Und das ist ja die Situation. Wir haben im Generikabereich zwei Drittel — es ist immer die Frage, was man hier als Grundlage nimmt für solche Berechnungen — aber verschiedene Berechnungen sind relativ konsistent, dass sicherlich zwei Drittel der Wirkstoffe in Asien konzentriert sind, in Indien und China eben. Und dann wird naturgemäß die Diversifikation schwierig. Zumal man auch sagen muss, der Gesetzentwurf ist da ein bisschen, so glaube ich, von den aktuellen politischen Diskussionen gesteuert. Man konzentriert sich hier auf Onkologie, konzentriert sich auf die Kinderarzneimittel, was nicht falsch ist. Aber es gibt ja nun deutlich mehr. Ich denke, da wird jeder hier in der Runde zustimmen, dass das nicht alles ist, was Menschen brauchen.

**Moderator** [00:13:41]

Vielen Dank, Herr Francas. Frau Holzgrabe, bei Ihnen würde ich gerne auch mal nachhaken. Wenn wir über den Arzneimittelmarkt sprechen, reden wir eigentlich, wenn wir ehrlich sind, hauptsächlich über den Generikamarkt, der ja 80 Prozent ausmacht. Und da wäre die Frage, weil der Wunsch ja immer ist, wieder mehr nach Deutschland holen zu wollen, und das wird immer mehr geäußert, natürlich politisch ... Aber inwiefern ist das überhaupt noch denkbar, die Produktion solcher im Ausland sehr günstig hergestellten Arzneimittel wieder vermehrt in ein doch sehr reiches und teures Land in Anführungszeichen nach Deutschland zu holen?

**Ulrike Holzgrabe** [00:14:13]

Also es ist natürlich eigentlich ein bisschen naiv zu sagen, wir holen die Produktion zurück. Die Produktion ist auch nicht so einfach. Da steht meinetwegen in China, wie ja eben schon genannt, eine Firma und die macht dann den Wirkstoff. Nein, so ist es nicht. Da gibt es mehrere Firmen, die Zwischenprodukte machen. Eine Synthese eines Wirkstoffes kann viele Stufen und Zwischenstufen



umfassen. Das haben die Chinesen clever hingekriegt. Also die, die rein chemisch hergestellt werden, die noch gar nichts mit der Pharmaindustrie zu tun haben, werden gekauft von der Pharmaindustrie und weiterverarbeitet, um dann letztendlich einen Arzneistoff zu machen. Das ist schon eine sehr komplexe Angelegenheit. Und wenn sich zum Beispiel, um ein ganz einfaches Beispiel zu nennen, Herr Macron hinstellt und sagt, wir machen jetzt Paracetamol wieder in Frankreich, dann ist das auch nicht wirklich wahr. Denn diese Firma Seqens, die das da machen soll in Roussillon, die hat früher schon Paracetamol hergestellt, hat vor 20 Jahren beschlossen: viel zu teuer, machen wir nicht mehr, und hat ein Joint Venture mit China [gemacht]. Und in China gibt es zwei Firmen. Die eine macht Paracetamol und die andere macht die Vorstufe, heißt Para-Aminophenol. Das ist jetzt für den normalen Bürger ein bisschen schwer zu verstehen. Aber dieses Para-Aminophenol wird in Roussillon gar nicht hergestellt. Das heißt also, zum Schluss macht man in Roussillon nur die letzte Stufe. Ich mach aus dieser Chemikalie Para-Aminophenol den Wirkstoff Paracetamol. Das ist allerdings eine sehr einfache Synthese. Und zwar ist es so einfach, wie wenn ich aus Morphin Heroin mache. Das kann ich im Kochtopf machen mit Acetanhydrid, und dann habe ich 100 Prozent Ausbeute. Kann jeder Dealer machen. Und genau diesen ähnlichen Syntheseschritt macht man da jetzt in Roussillon. Aber das beschreibt so ein bisschen, und es ist noch viel komplexer als dieses Beispiel, dass es gar nicht möglich ist zu sagen: wir machen jetzt was in Europa. Ich bin unbedingt dafür, dass wir über viele Dinge nachdenken und auch wieder Dinge zurückholen sollten. Und es sollte uns das wert sein, dafür auch mehr zu bezahlen. Dafür, dass wir unabhängiger werden von China. Aber wir werden niemals wirklich unabhängig. Denn die Chinesen haben ganz viel übernommen, was wir nicht mehr machen wollen. Halogen-Chemie zum Beispiel soll in Deutschland nicht mehr gemacht werden aus umwelttechnischen Gründen. Wer will da jetzt ein Risiko eingehen? Also das ist ein sehr vielschichtiges Problem. Es fängt mit dem Wirkstoff an, der in verschiedenen Firmen Schritt für Schritt hergestellt wird, an verschiedenen Orten auch hergestellt wird. Und es geht weiter bei Hilfsstoffen. Wir haben vor ein paar Jahren das Problem, ist gar nicht so lange her, mit Tamoxifen gehabt. Es war vielschichtig. Einerseits sind europäische Firmen hergegangen und haben aufgegeben, das Tamoxifen herzustellen, was man ja bei Brustkrebs einsetzt und was dann essenziell für die Patienten ist. Wir hatten auch Hersteller in Deutschland, zum Beispiel Arevipharma in Radebeul. Die machen das nicht mehr. Aber der wirkliche Lieferengpass, den es mal momentan und punktuell gegeben hat, lag gar nicht am Tamoxifen selber, sondern an einem Hilfsstoff, der nicht mehr zur Verfügung stand. Es ist völlig albern, Calciumhydrogenphosphat war es, glaube ich, eine Chemikalie, muss man sagen. Aber die gab es nicht mehr. Und dann konnte man auch das Medikament, also das Arzneimittel, nicht mehr herstellen. Also das ist alles nicht so ganz einfach. Und sich breitbeinig hinzustellen, wir holen die Produktion zurück, das funktioniert nicht. Nichtsdestoweniger bin ich der Meinung, wir müssen ein Umfeld schaffen, auch pekuniär und regulatorisch und auch von den Genehmigungen der Behörden her, so dass bestimmte Produktionen auch wieder hier gemacht werden, um dann auch wieder eine Diversifizierung zu haben. Denn Herr Francas hat ja schön dargestellt, dass es die kaum noch gibt, und das müssen wir wieder herstellen.

**Moderator** [00:18:19]

Weil die direkte Nachfrage auch schon hier im Chat kam: Welche Dinge können wir denn zurückholen, oder was ist da überhaupt möglich? Oder was sollten wir zurückholen?

**Ulrike Holzgrabe** [00:18:30]

Also man muss natürlich sagen, was ist die Wertigkeit von Arzneimitteln? Antibiotika sind lebenswichtig. Wenn wir die nicht haben, dann können wir zwar manchmal ein anderes Antibiotikum nehmen, aber das ist dann immer schon das zweitbeste. Also da muss man ansetzen. Und man muss ganz ehrlich sagen, wir [unverständlich] immer Kundl (Pharmastandort der Firma Sandoz;



Anm. d. Red.) und die machen Aminopenicillansäure, den Ausgangsstoff für Amoxicillin, über das so viel geredet worden ist in den letzten Wochen. Interessanterweise macht Kundl nicht Aminocephalosporansäure, das wäre der Ausgangsstoff für alle Cephalosporine. Also wir sollten mehr haben als Kundl in Europa zum Beispiel. Und [die] ist ja in großer Gefahr, diese Firma, das muss man doch klar sagen. Das ist Sandoz und das gehört im Augenblick zu Novartis, und Novartis protegiert das Ganze. Die haben ohnehin schon jetzt ein Problem, obwohl sie investieren wollen und auch Geld in die Hand nehmen, die Energiekosten zu stemmen, die ja auf einmal viel größer geworden sind oder viel höher geworden sind. Also da kann es dann sein ... Denn Novartis will die Sandoz eigentlich abstoßen, und da gibt es viele Gerüchte im Hintergrund, über die ich nicht reden möchte. Und wenn es dann einen gibt, der das kauft, vielleicht interessiert den Sandoz und Kundl gar nicht mehr. Also Kundl nicht mehr, weil das ist ein defizitärer Betrieb, muss man klar sagen. Also [der] bekommt dann nicht das Geld, was sie brauchen, um die Produktion eigentlich zu gewährleisten. Und insofern brauchen wir nicht nur die Gewährleistung, dass es dieses Werk in Kundl in Tirol weiter gibt, sondern wir bräuchten eigentlich auch mehr Werke. Aber wir müssen das auch finanzieren.

**Moderator** [00:20:20]

Erlauben Sie mir eine kleine Nachfrage zu Aminophenol bei Paracetamol. Es gibt ja diese strengen Umweltauflagen hierzulande oder auch in der EU. Sind wir da vielleicht zu streng für solche Arzneimittelvorstufen? Oder war das letztlich schlau oder gut, solche hohen Umweltauflagen zu erlassen?

**Ulrike Holzgrabe** [00:20:43]

Also das muss man ja immer von zwei Seiten sehen. Wenn man die Produktion sieht, wird man sagen, das ist jetzt blöd gelaufen. Aber ich meine, wir müssen unsere Umwelt auch im Blick haben, das ist völlig klar. Es gibt aber innovative Chemie, die dann versucht, das in den Griff zu bekommen. Übrigens ist es auch so, die Vorstufe wiederum von Aminophenol ist ein Para-Chlornitrobenzol. Und da sind die Chinesen hergegangen, das wird in China hergestellt: Also Leute, da müssen wir jetzt schon höhere Umweltauflagen machen! Worauf dann in China mehrere Firmen pleitegegangen sind. Und dann konnten die Inder das nicht mehr von den Chinesen kaufen. Also daran sieht man schon dieses Netzwerk, was sich da aufgebaut hat. Und da gab es dann auf einmal zu wenig von dieser Chemikalie. Und was wurde bei uns kolportiert in der Presse? Die Inder liefern uns kein Paracetamol mehr wegen Corona. Nein, sie hatten selber den Ausgangsstoff nicht da. Also Umweltauflagen — ist ja nicht so, dass in China alles irgendwie verpestet und vergiftet wird bei Produktionen — gibt es auch inzwischen in China. Und wir brauchen natürlich hier auch, rein chemisch gesehen, modernere Prozesse. An so was arbeitet dann wiederum umgekehrt die Firma Segez, die ich eben benannt habe, die in Roussillon in Frankreich sitzt.

**Moderator** [00:22:06]

Vielen Dank, Frau Holzgrabe. Herr Hoppe-Tichy, es kam eben eine Frage rein. Können Sie mal einen Preisvergleich anstellen? Wie teuer ist ein in Ihrer Apotheke hergestelltes Antibiotikum im Vergleich zum fertigen Arzneimittel?

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:22:19]

Nein, das kann ich leider nicht, weil wir sind in den Krankenhausapotheken ja ausgenommen von der Arzneimittelpreisverordnung. Also wir kaufen die Arzneimittel ja per Verhandlung ein. Und ich kann natürlich sagen, wenn wir Vollkostenkalkulation machen, jetzt mal ohne den Wirkstoff, dann kostet bei uns eine Kapsel circa 0,50 €. Und dann kommen eben noch die Kosten des Antibiotikums



mit dazu. Das ist jetzt nicht so, dass wir unbedingt billiger werden, wenn wir etwas selbst herstellen. Das kann ich zumindest mal sagen. Wir haben einige Sachen, die werden durch Eigenherstellung eher teurer. Das dokumentiert allerdings auch, wie günstig Arzneimittel teilweise im Markt sind. Es gibt diese Paradebeispiele, dass eine Infusionsflasche mit einer Aminosäure drin oder mit Glukose drin oder so etwas, dass die weniger kostet als eine Flasche Mineralwasser draußen. Das sind natürlich solche Blüten. Auf der anderen Seite muss ich Ihnen auch sagen, möchte ich nicht so leicht Firmen — ich nenne jetzt einfach keinen Namen, es waren schon ein paar gefallen — entlassen mit dem Hinweis auf Produktionskosten. Wir haben hier in den letzten Jahren, ich würde sagen, das ist ein Drittel unserer gesamten Arzneimittelkosten, für 25 Patienten eingesetzt, [für] Arzneimittel, bei denen ich nicht weiß, wie hoch die Produktionskosten sind. Ich weiß aber genau, wie viel bezahlt worden ist für die Firmen, die das ursprünglich mal hergestellt haben. Und ich weiß auch, dass die ursprüngliche Herstellung, der erste Ansatz, mit Patientengeldern finanziert wurde. Als ich hier angefangen habe, hat mir mal ein Außendienstmitarbeiter gesagt: Wissen Sie, Herr Hoppe-Tichy, Arzneimittelherstellung und pharmazeutische Industrie, das ist auch eine ethische Industrie. Wir machen manchmal auch Sachen, die sich gar nicht rechnen. Dafür haben wir bei anderen wieder etwas, was sich mehr rechnet. Es war also [wohl] so ein mischkalkulativer Ansatz damals, der gut ging. Und ich glaube, das ist komplett verlassen worden. Der Weg ist komplett verlassen worden. Ich ich trage hier durch die Apotheke vom Wareneingang in die Rekonstitutionsabteilung kleine Ampullen, die 2,5 Millionen € kosten. Allein das dahin zu tragen, ist schon ein mittelschweres Abenteuer. Aber sie kriegen es noch nicht mal versichert. Sie hoffen dann auf Kulananz oder sonst was, wenn es Ihnen mal runterfällt. In meinen Augen ist das alles überhaupt nicht mehr zusammenzubringen. Und ich würde nicht alles am Preis festmachen wollen. Es ist in der Tat so, dass es schwer zu verstehen ist, dass eine Tagesration eines oralen Antibiotikums weniger kostet als das Essen hier in der Kantine. Das ist in der Tat nur schwer nachvollziehbar. Auf der anderen Seite übernehmen wir hier gerade alle Kosten für Lieferengpässe selbst. Wir finanzieren als Krankenhaus den hohen Lagerwert, den ich als totes Kapital in meinen Regalen liegen habe. Und das ist auch nicht akzeptabel in meinen Augen.

**Moderator** [00:26:23]

Vielen Dank dafür schon mal. Ich habe gleich noch eine Nachfrage, weil wir gerade schon mal das Thema Preispolitik angesprochen hatten. Vielleicht an Sie, Herrn Francas, aber auch an Frau Holzgrabe natürlich: Im neuen Gesetzentwurf ist ja auch die Rede davon, man müsste preispolitische Werkzeuge benutzen, um eventuell mal an die Festbeträge oder Rabattverträge heranzugehen. Im Gesetzentwurf, glaube ich, ist das ja explizit für Antibiotika oder Krebsmedikamente sehr scharf gestellt. Aber inwiefern sehen Sie denn da Reformbedarf und wo kann man eigentlich anpacken, was auch letztlich vielleicht Sinn ergibt, ohne dass die Medikamente nicht so viel teurer werden, dass plötzlich die Patienten für jedes Medikament zehn Euro mehr bezahlen?

**David Francas** [00:27:08]

Es kommt drauf an. Jetzt durch die Fiebersäfte hat man sich es genau angeschaut. Da ist der Erstattungspreis zehn Jahre nicht gestiegen, die Inflation ist derzeit um 25 Prozent gestiegen. Wenn man davon ausgeht, dass der ursprüngliche Erstattungspreis von 1,38 Euro damals marktgerecht war, dann kann er, wenn er zehn Jahre nicht erhoben worden ist, nicht mehr marktgerecht sein. Man hat gesehen, dass in dem Zeitraum die Zahl der Anbieter von neun oder zehn auf mittlerweile nur einen runtergegangen ist, dann ist das schon eine Form von Marktversagen. Wir haben ökonomisch dann so eine Art natürliche Monopolisierung, die eigentlich nicht gewünscht sein kann. Das ist jetzt für einen Bereich der Fall, wo wir sagen können, da ist nationale Gesetzgebung, nationales Preisystem übers Ziel hinausgeschossen. Es gibt andere Bereiche, wo man sagen muss, da haben wir einen Standort weltweit, der weltweit den Wirkstoff zum Beispiel bereitstellt. Und ich gebe Ihnen





vollkommen recht: Wir müssen natürlich das gesamte Ökosystem bei der Produktion betrachten. Da wird wahrscheinlich eine deutsche Änderung der Preise nichts ändern, weil das wirklich eine globale Lieferkette ist, die weltweit beliefert. Der Preis in Deutschland wird da keinen Unterschied machen. Das heißt, es ist eine sehr fallspezifische Sache. Das ist auch das, was ich in der Diskussion vermisste. Es wird immer aus dem Tagesgeschehen heraus der Wirkstoff des Tages benannt und dann wird überlegt, was kann man machen. So ist jetzt auch dieser Gesetzesentwurf, wenn man den ein bisschen böse interpretiert, obwohl ich jetzt nicht sagen will, dass die Inhalte falsch sind. Was eigentlich fehlt, ist tatsächlich wirklich mal systematisch zu schauen: Wie sehen diese ganzen Lieferketten eigentlich aus, den Stresstest zu machen. Die Amerikaner machen das, die stresstesten ihre Lieferketten, überlegen wirklich: Wie sind die Abhängigkeiten? Wir müssen halt die Hilfsstoffe mit reinnehmen, wir müssen die Exceptions mit reinnehmen, wir müssen die Vorstufen reinnehmen, die teilweise noch wesentlich stärker konzentriert sind. Das unterschätzen wir. Selbst die Inder sagen, wir müssen unabhängiger von China werden. Wir betrachten Indien als unsere Abhängigkeit. Indien sagt selbst, wir müssen unabhängiger von China werden. Das heißt, das Ökosystem ist, da stimme ich vollkommen zu, ist größer. Während Corona habe ich mit vielen Arzneimittelherstellern gesprochen, die haben sich wegen ihrer Wirkstoffe wenig Gedanken gemacht. Die hatten Sorgen, was Verpackungsmaterialien angeht, die hatten Sorgen, was Hilfsstoffe, Exceptions usw. Angeht. Das heißt also, das ist leider ein komplexes Problem und das muss man auch entsprechend datengestützt angehen. Wir haben in Deutschland nicht die Mentalität, Themen wirklich mal datengestützt anzugehen. Wir reden viel über Digitalisierung. Was machen wir eigentlich: Gar nichts in diesem Bereich. Es ist natürlich Aufwand, wir haben viele Datenquellen, die man zusammenbringen muss. Es gibt heute die digitalen Werkzeuge, es gibt statistische Verfahren, maschinelles Lernen, die man hier nutzen kann. Und das wäre der Ausgangspunkt. Was sind Probleme, die wir national lösen können, was sind Probleme, die wir transnational lösen, auch von den Geldern her. Wir können nicht die ganzen Wirkstoffe nach Deutschland zurückholen. Das ist utopisch und das müsste eigentlich der Plan sein. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM spricht von Früherkennungssystem. Ein Früherkennungssystem ist richtig, nur wir brauchen mehr und das müssen wir wahrscheinlich auf mindestens europäischer Ebene machen. Ich denke auch, wir müssen die Vereinigten Staaten mit ins Boot holen, weil wir alle von Lieferengpässen betroffen sind. Das Problem ist in den USA genauso präsent wie in Deutschland und in anderen europäischen Ländern.

#### **Ulrike Holzgrabe [00:30:20]**

Ich möchte noch einmal auf das eingehen, was Herr Hoppe-Tichy eben gesagt hat und das noch mal in Zusammenhang stellen zu Novartis und Sandoz. Wir haben eine völlige Trennung von der forschenden Pharmaindustrie und der Generikaindustrie, das hat es früher nicht gegeben. Da gebe ich Herrn Hoppe-Tichy absolut recht. Zum Beispiel hat die Firma Bayer früher Praziquantel hergestellt, das ist gegen Flussblindheit. Das gibt es nur in Ägypten und in Ägypten konnte niemand das Arzneimittel bezahlen, aber man hat das hergestellt, dahin geliefert und hat gesagt: Wir verdienen unser Geld mit Aspirin und dann können wir das gegenfinanzieren. Das gibt es nicht mehr. Und ich kenne jetzt im Augenblick als gemeinsamen Betrieb nur noch Novartis und Sandoz, die zusammen gehören, die Novartis, die forscht und die Sandoz, die letztendlich den Generikabetrieb darstellt. Und die wollen sich jetzt trennen, das ist für mich der letzte Anker. Das ist das System, was dazu geführt hat, dass wir immer weiter Dinge billiger machen. Das hat ja in den 70er-Jahren angefangen und diese Generikaindustrie ist dann optimiert worden und da ist der erste Fehler im System, dass auf der einen Seite eine Firma, die etwas Neues auf den Markt bringt, jeden Preis aufrufen kann, wie Herr Hoppe-Tichy eben gesagt hat, mit der Ampulle für zweieinhalb Millionen. Oder wir haben das schöne Beispiel bei Hepatitis C, da gab es Sofosbuvir, da kostete eine Tablette 1000 Euro. Es gab dafür überhaupt keinen Grund, muss man ganz ehrlich sagen. Man hatte hochgerechnet, die bisherige Therapie kostet so und so viel und die dauerte drei Monate; jetzt können wir das in einem Monat machen, jeden Tag über eine Tablette und da muss die Tablette, um den glei-



chen Preis zu erzielen, 1.000 Euro kosten. Hatte nichts mit der Entwicklung dieser Tabletten zu tun, schon gar nichts mit der Produktion der Tabletten, einfach nur das Aufrufen eines Preises. Und da fängt es schon an, dass man nicht nur sagen muss, wir holen die Produktion zurück, sondern wir müssen das System auch im Grunde genommen ändern. Und da gebe ich Herrn Francas völlig recht, das können wir nicht alleine, in Amerika ist die Situation genauso. Wir müssen uns da zusammenschließen und ich will nicht sagen gegen China anstinken, aber eine Alternative dazu auch [bieten]. Und das kann weder Deutschland alleine noch Europa alleine, sondern das müssen wir international [machen].

**Moderator** [00:32:55]

Vielen Dank. Es gab noch eine Frage an Frau Holzgrave zur Klärung: Wenn es so ist, dass die Rückholung der Produktion, was wir nach Deutschland zurückholen können und was nicht, wenn die Rückholung der Produktion recht utopisch ist, was ist letztlich die Lösung. Staatliche Lagerbestände, die noch größer sein müssten?

**Ulrike Holzgrave** [00:33:16]

Das kann eine vorübergehende Not beheben, aber wir müssen uns überlegen, wie wir Lieferketten resilienter machen, wie wir zu einer Diversifizierung von Lieferketten kommen und wir müssen im Grunde genommen auch sagen, was ist es uns das wert. Einfach den Preis hoch zu setzen von einem Wirkstoff oder für ein Arzneimittel, das halte ich für überhaupt keine gute Idee. Das hat man ja dann gemacht bei den Paracetamol-Saft und die billigste für Generika-Firma, ich nenne jetzt mal keine Namen, war dann sofort die erste, die genau diesen Preis dann dafür haben wollte, ohne dass ich da irgendetwas geändert hat. Es blieb ja dabei, dass wir zu wenig Paracetamol am Ende des Tages hatten. Da kann man nicht mit schnellen Gesetzesentwürfen aus meiner Sicht kommen, man muss da eine langfristige Lösung diskutieren und eine Rückholung von Produktion und auch das Herauskommen aus dieser Situation. Das dauert mindestens drei bis fünf Jahre, wenn wir damit überhaupt auskommen. Das fängt bei so einfachen Dingen an, dass wir die Genehmigung einer Produktionsanlage schon mal schneller machen müssen. Da gibt es ja diesen schönen Witz: Wir wollen was in Deutschland produzieren, die Genehmigung dauert länger. So lange, dass man in Italien schon angefangen hat, zu produzieren. Da können wir auch an unserem deutschen System sehr arbeiten.

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:34:43]

Aber ich denke, wenn ich das nur mal einwerfen darf, wir sollten uns auch ein bisschen mehr Gedanken machen über Risiken, die durch Gesetzesvorlagen oder Gesetze entstehen. Wenn ich hier irgendwas neu mache in der Apotheke, dann muss ich eine Risikoanalyse machen. Oder wenn wir ein neues Arzneimittel einführen in der Arzneimittelkommission oder was ersetzen, ein Generikum durchs andere, dann liegt dann eine Packung auf dem Tisch und wir überlegen uns, ob die irgendein Risiko in Bezug auf Verwechslungen, Fehler, Anwendung oder so was macht. Wenn ich mir vorstelle, dass ich die niedergelassenen Apotheken quäle mit Reimportquoten, dann muss mir vorher klar sein, was das für ein Risiko macht. Das macht ein Risiko in anderen Ländern, weil ich von dort einfach die Märkte leer kaufe. Es macht ein Risiko bei uns, weil es nur ein einfacher Anbieter ist unter Umständen, der nicht sicherstellen kann, dass das auch weiter so ist und geliefert werden kann und so weiter und so fort. Wir machen uns viel zu wenig Gedanken, was für negative Auswirkungen irgendein Prozess, den wir einführen, haben kann und das ist in diesem Bereich der Lieferengpässe ganz, ganz drastisch in meinen Augen. Es sind so viele Sachen, von denen wir jetzt sagen, ja, das hat vielleicht dazu geführt, ja, ruinöser Wettbewerb. Das haben die Amerikaner im



Übrigen auch gehabt, darum ist die Generikaindustrie da ja weg. Ich kann Ihnen jetzt schon sagen, wenn irgendein Generikaanbieter sagt, ich darf jetzt mehr nehmen, ja dann kommt am nächsten Tag der Konkurrenz-Generikaanbieter zu mir und unterbietet diesen Preis. Da kann ich mich noch nicht mal gegen wehren. Ich kann es ignorieren, aber dann geht er weiter an meine Ärzte und erklärt denen: Du überziehst dein Budget vielleicht nur deshalb, weil dein Apotheker eben nicht das Billigste eingekauft hat. Und aus dieser Denke müssen wir irgendwann mal raus, das geht so nicht weiter. Aber ich glaube, dieses Geiz ist geil, wie es in der Werbeindustrie ja schon vor Jahrzehnten über den Fernseher flimmerte, das hat sich auf alles übertragen. Wenn Sie durch die Großstädte gehen, dann sehen Sie die Leute, die jungen Kinder, das sind nicht die, die sich festkleben, sondern genau die anderen mit dem Discountertüten mit Kleidung über die Straße gehen, die kein Jahr halten wird.

**Ulrike Holzgrabe** [00:37:38] Vielleicht nicht mal eine Wäsche.

**Moderator** [00:37:44]

Herr Francas, weil Sie das Frühwarnsystem auch mal angesprochen hat. Wir haben auch eine Frage dazu noch mal reinbekommen und zwar: Wie bewerten Sie die Etablierung von einem Frühwarnsystem für Lieferengpässe, das wäre ja datengestützt. Sie haben eben die Daten so hochgelobt, zumindest sollte es datengestützt sein.

**David Francas** [00:38:00]

Es muss datengestützt sein, alles andere wäre vollkommen obsolet, um das ganz klar zu sagen Ich kann es nicht bewerten, weil ich nicht weiß, was dort genau gemacht wird. Man kann ein Frühwarnsystem gut machen, man kann es sehr schlecht machen. Ich weiß nicht genau, welche Expertise das BfArM dort rein holen möchte, mit wem man zusammenarbeiten möchte. Man kann das gut, man kann es schlecht machen. Ein Frühwarnsystem dient dem kurzfristigen Management, einen Engpass etwas früher zu erkennen, gewisse Vorwarnung in den Markt zu geben. Es vermeidet keine Engpässe. Das Zweite ist, im Stresstest durchschauen, wo haben wir entsprechend Verwundbarkeit und dann langfristig eine Strategie, da bin ich vollkommen dabei, zu entwickeln. Diese kurzfristigen Maßnahmen brauchen wir natürlich auch. Wir brauchen kurzfristiges Lösen von Engpässen und da bringt natürlich die Vorlaufzeit immer mehr. Je mehr Vorlaufzeit es hat, desto mehr Gegenmaßnahmen kann ich ergreifen, aber das ist halt nicht der Strategieentwicklung zuträglich. Ich muss wissen, wo sind denn eigentlich die größten Baustellen und das sollte ich halt systematisch identifizieren mit Daten natürlich auch von der Patientenseite, was die Therapien angeht. Das ist genauso wichtig, um dann wirklich zu sagen, in diese Bereiche müssen wir zuerst reingehen. Das sind Bereiche, die können wir nicht national angehen, das sind Bereiche, die können wir nur transnational beginnen. Diese Strategieentwicklung, die fehlt mir in Deutschland vollkommen. Es fehlt auch einfach die Verbindung mit anderen Bereichen. Es spielt ja auch eine nationale Sicherheitsstrategie rein, strategische Abhängigkeiten wenn wir über Asien sprechen, das spielt auch in den Standortstrategie rein. Wir haben jetzt den großen Erfolg mit Biontech gehabt, schreiben uns Biontech auf die Fahne. Auch das müsste in so eine Strategieentwicklung reingehen, wie kann man perspektivisch diese Biotech-Industrie halten. Wir sind da sehr stark, ich habe heute gelesen, 59 Prozent der Zulassungen in Deutschland dieses Jahr sind Biopharmazeutika. Das heißt, das werden die Biosimilars von morgen sein. Biosimilars werden heute noch zu über 50 Prozent der Wirkstoffproduktion in Europa gefertigt. Aber auch hier kann man langfristig Abwanderungstendenzen zumindest bereits erkennen und erahnen. Das heißt, wir rutschen unter Umständen in die gleiche Problematik jetzt bei den Biosimilars, also mit biopharmazeutischen Generika rein, wenn man es so nennen möchte, die wir vor 30 Jahren bei den chemisch erzeugten Wirkstoffen gemacht haben. Auch das vermisse ich in Diskussionen vollkommen, weil ich sage, wenn man heute über Reshoring,



Offshoring vermeiden spricht, dann muss ich natürlich im ersten Schritt auch sicherstellen, dass nicht weitere Industrie abwandert. Auch das ist ein Aspekt, der mir gar nicht in Diskussion vorkommt, aber extrem wichtig wäre und auch das geht in eine Strategieentwicklung rein. Und hier wie gesagt, es ist nicht nur das Gesundheitssystem, das natürlich davon betroffen ist, aber auch Wirtschaftspolitik, die dort eine Rolle spielt, ist es die nationale Sicherheit, die eine Rolle spielt. Diese Verknüpfung von solchen Strategieelementen findet zumindestens nach meiner Wahrnehmung nicht statt.

**Moderator** [00:40:56]

Frau Holzgrave, ich würde Ihnen ganz gern noch die Frage stellen, was eigentlich eine Nachfrage ist zu dem, was Sie eben schon gesagt haben: Angeblich ist die Entwicklung von Medikamenten ja derart teuer, was die forschenden Pharmaunternehmen ja auch immer sagen, dass neue Medikamente so teuer auf den Markt gebracht werden. Und vielleicht können Sie das noch mal ein bisschen beurteilen, wie diese Argumentation überhaupt stimmt und vor allem, was man, das ist Preispolitik wahrscheinlich, dagegen tun könnte.

**Ulrike Holzgrave** [00:41:19]

Die Entwicklung eines neuen Arzneimittels ist teuer, da gibt es gar keine Zweifel. Wir haben ja unter Ulla Schmidt die Aussage gehabt, das kostet eigentlich nur ein Drittel. Aber man muss ja immer im Hinterkopf haben, ich versuche einen neuen Wirkstoff überhaupt mal zu finden, da muss ich die profilieren und dann kommt der größte Batzen an Geld, den man investiert, das sind die klinischen Studien. Und das Geld muss man ja auch irgendwo finanzieren, das darf man ja nicht vergessen, denn man hat ja zu dem Zeitpunkt der klinischen Studien, die über mehrere Jahre dauern, keine Einnahmen durch das Arzneimittel. Und es sterben aber in diesem klinische Studien Substanzen, die sehr hoffnungsvoll waren am Anfang in präklinischen Studien, die sehr wirkungsvoll waren und dergleichen. Es sterben unglaublich viele und diese Substanzen oder diese Arzneimittel, die nicht auf dem Markt gekommen sind, die Entwicklung muss man natürlich mitfinanzieren, wenn ich einen neuen Wirkstoff mache. Das ist also die eine Seite, wo man sagt, es kommt immer darauf an, was man macht. Aber PI mal Daumen kostet inzwischen die Entwicklung eines neuen Arzneimittels eine Milliarde, das auf dem Markt gekommen ist, das allerdings auch mitfinanziert, dass manche gar nicht auf den Markt gekommen sind. Das ist die eine Sache. Das ist auch ein Antibiotika-Problem, das da irgendwie da reinspielt. Bei Antibiotika hat man ja zum Beispiel das Problem, sie nehmen das, ich sage jetzt mal zehn Tage und sie sind gesund oder sie sind tot. Ein bisschen sarkastisch, übertrieben formuliert. Deswegen werden ja wenig neue Antibiotika zum Beispiel entwickelt in der Industrie, weil die sagen, das lohnt sich nicht. Wenn sie aber zu hohem Blutdruck mit Mitte 50 entwickeln, dann nehmen Sie die Blutdruckmittel, bis sie sterben. Das muss man alles differenziert sehen. So, jetzt kommen wir aber noch mal auf den Preis zurück. Natürlich muss das, was die Entwicklung gekostet hat, eingespielt werden. Aber das spiegelt nicht den Preis eines Arzneimittels wider. Das spiegelt nicht die zweieinhalb Millionen wieder, die in dem Töpfchen waren. Das ist der reine Gewinn, den man machen will. Das eine hat mit dem anderen nichts zu tun. Irgendwann kommen sie ja dann in die Festbetragsregelung und dann werden die Arzneimittel dann billiger und bis dahin muss man versuchen, so viel Geld wie möglich wieder einzuspielen. Aber das was sie investiert haben, hat nichts mit dem zu tun, was das hinterher kostet.

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:43:48]

Da möchte ich ein bisschen reingrätschen. Ich habe vor drei Jahren meine Vorlesung Pharmaökonomie komplett umgestaltet und versuche, die Studenten ein bisschen "aufzuhetzen". Wenn es eine absolute Transparenz über die Entwicklungskosten gäbe seitens der Pharmaindustrie, dann



wäre ich damit einverstanden. Sie wissen es auch, Frau Holzgrave, es gibt Veröffentlichungen, die sagen, in diese Entwicklungskosten werden auch schon Marketingkosten mit eingerechnet. Das sind schon mit dabei. Das ist für mich nicht Entwicklung. Wenn Sie diese Argumente einer Firma wie Mercedes geben, dann wird die sagen, denkt ihr, wir haben keine Entwicklungskosten oder forschen nicht in Sachen rein, die noch gar nichts bringen. Wenn ich sehe, wie viel Zeitschriften es über autonomes Fahren gibt und wie viel Geld die Autoindustrie da rein gebraten hat bisher schon und wir sind noch gar nicht da, dann glaube ich, haben die genau dasselbe Problem mit Entwicklungskosten wie Pharmaindustrie.

**Ulrike Holzgrave** [00:45:04]

Aber das widerspricht sich doch nicht, finden Sie, das ein Mercedes seinen Preis wert ist, ehrlich gesagt.

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:45:09]

Ich will es transparent haben. Wenn mir jemand sagt, ich habe Entwicklungskosten von einer Milliarde und zugegebenermaßen ist das ja pauschal über alles, das ist in manchen Arzneimitteln garantiert viel weniger, in manchen vielleicht sogar mehr, keine Ahnung. Sie hatten vorhin Hepatitis C als Beispiel genommen, die Medikation. Die Firma hat das in 18 Monaten reingeholt, das, was sie ausgegeben hat, sie haben nämlich nur eine andere Firma gekauft und damit auch das Produkt. Die hatten 18 Monate, das scheint mir sehr kurz, vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass dann auch noch Renditen an die Aktionäre ausgeschüttet werden, in der Pharmabranche stabil wie Donnerhall. Das passt nicht zusammen in meinen Augen. Und ich möchte deshalb die nicht so billig davonkommen lassen. Wenn argumentiert wird über Entwicklungskosten und über die Kosten, die vorher entstehen, die man wieder reinkriegen möchte, dann erwarte ich eine absolute Transparenz und eventuell auch eine Vorgabe, wie lange es dauern muss, dass es wieder reinkommt, meinerwegen auch Verlängerung von Patentlaufzeiten, bin ich absolut mit d'accord. Ist vielleicht ein Incentive für jemanden, aber Sie merken, ich bin da durchaus ein bisschen persönlich angefasst, wenn hier immer nur gesagt wird, wie hoch Kosten sind und das es unbedingt braucht, das wieder zu kriegen, 18 Monate, das geht gar nicht.

**Ulrike Holzgrave** [00:46:59]

Aber wir sind da total zusammen, Herr Hoppe-Tichy, ich widerspreche nicht. Ich habe ja gesagt, dass das nicht geht, was sie an Preisen nehmen. Und Sie haben völlig recht, das Sofosbuvir ist ein wunderbares Beispiel, um zu erklären, dass es so nicht geht. Das war eigentlich meine Intention; vielleicht habe ich es nicht ordentlich rübergebracht, aber es kann durchaus sein.

**Moderator** [00:47:23]

Ich grätsche mal kurz nein, weil wir nicht mehr so viel mehr Zeit haben. Wir sind so ein, zwei Frage dann doch noch wichtig. Frau Holzgrave, es gab noch eine kurze Nachfrage. Vielleicht gehen Sie da ganz kurz noch mal drauf ein und zwar, ob die alten Rechnungen eigentlich noch gelten. Also könnte man nicht auch zum Beispiel mit KI und etc. die Kosten der Entwicklung bedeutsam senken, da ist Herr Francas sicherlich genauso angesprochen. Man sagt immer, KI ist der Heilsbringer, aber inwiefern kann man letztlich da vielleicht auch die Preispolitik besser beeinflussen?



**Ulrike Holzgrave** [00:47:51]

Also dazu habe ich im Augenblick keine Phantasie, weil ich ehrlich gesagt nicht weiß, wie weit kann KI da überhaupt wirken. Klar wird es da Rationalisierungen gibt, aber wir sind ja so am Anfang, dass ich da keine Prognose wagen würde. Aber vielleicht hat Herr Francas bessere Informationen als ich.

**David Francas** [00:48:11]

Wir wissen, dass man entsprechend den Entwicklungsprozess optimieren kann, wenn man KI-Verfahren, neuronales Netzwerk etc. anwendet. Gleichzeitig kann man natürlich argumentieren, dafür werden auch die Wirkstoffe komplexer, was das wieder ein bisschen konterkariert. Man kann mutmaßen, dass wird es ein bisschen geben, aber ich kenne keine belastbaren Daten dazu, um eine Prognose zu machen. Ich glaube jetzt aber aus dem Bauchgefühl nicht heraus, dass das die Entwicklungskosten auf 10 Prozent der heutigen senken wird. Das würde ich eher nicht erwarten. Aber das ist wie gesagt, jetzt nur das Bauchgefühl. Ich bin kein Pharmakologe, ich bin da eher der der Analytiker an der Stelle.

**Moderator** [00:48:59]

Ich habe noch eine Frage mit der Bitte um eine kurze Antwort, weil wir keine Zeit mehr haben. Wir haben ja gerade in den Wintermonaten und im Herbst diese Problematik mit Fiebersäften. Ihre Einkäufer schauen ja immer, Sie haben es gerade schon gesagt, wie ist der Markt gerade eigentlich, was braucht es, wieviel müssen wir bevorraten. Aber braucht es vielleicht sogar noch mehr, eine Art bundesweiten Einkaufsplan, der vor allem vor Erkältungswellen im Herbst explizit noch mal genauer schaut, was muss eigentlich jetzt wie hochgefahren werden und dann ist natürlich die andere Frage, kriegt man es überhaupt. Aber inwiefern gibt es das, inwiefern wäre so was denkbar oder möglich überhaupt?

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:49:40]

Es ist eine schwierige Frage, ich könnte sie ganz kurz machen, damit ist keinem geholfen. Wenn ich mir überlege, wie föderal unser Gesundheitssystem aufgebaut ist, dann fehlt mir die Phantasie zu denken, dass man eine nationale Notfallreserve, so wie sie die Schweiz ja hat, hier mit unserem System aufbauen könnte. Wenn es gehen würde, wäre es natürlich toll. Ob ich mich auf Fiebersäfte kaprizieren würde, das würde ich eher verneinen. Aber das Thema Antibiotika oder auch bestimmte Onkologika und Kardiaka, das sind schon Sachen, die allein wegen der Menge der Patienten, die das benötigen und auch dringend benötigen, natürlich enorm wichtig sind. Das sind lebensrettende Sachen. Es wurde ja mal vom Bundesgesundheitsministerium eine Liste angefangen, ich weiß gar nicht, wie die geendet ist, aber da standen auch Sachen dabei, da würde ich im Leben nicht auf die Idee kommen, dass die irgendeinen Einfluss auf die Volksgesundheit haben würden, wenn sie jetzt mal drei Monate nicht verfügbar wären.

**Moderator** [00:51:13]

Mit Blick auf die Zeit würde ich Ihnen allen gern noch eine kleine Abschlussfrage mitgeben, die für alle gleich ist und natürlich auch irgendwie auch breit gestellt ist. Aber vielleicht kann jeder von Ihnen noch mal kurz scharfstellen, was für Sie persönlich jetzt wichtig ist. Also welche Bereiche müssen wir jetzt scharfstellen, um Lieferengpässe auf lange Sicht aus der Welt zu schaffen, wo muss der Fokus gesetzt werden und wo wird er vielleicht nicht gesetzt. Vielleicht können Sie das ein bisschen noch mal auseinanderdröseln. Kurz Ich weiß, das ist immer das Problem, aber gerne



press briefing

mit Ihnen, Frau Holzgrabe starten. Sie nickten gerade schon, deswegen haben wir gerade den Zuschlag bekommen.

**Ulrike Holzgrabe** [00:51:50]

Ja, ich glaube, wir haben doch gesagt, dass Lieferengpass, Belieferung, Produktion, ein sehr komplexes Geschehen ist. Und wir sollten uns darauf konzentrieren, dass wir genügend Antiinfektiva und Onkologika haben, da hat der Herr Lauterbach schon recht. Wie wir das hinbekommen, ist ein nicht einfaches Thema, denn ich sage jetzt mal so ganz einfach Penicillin und Cephalosporine die wir in großen Mengen bei Infektionen einnehmen, die lassen sich noch relativ einfach herstellen, aber viele andere Antibiotika haben einen wesentlich komplexeren Herstellungsweg. Und darauf sollten wir uns vielleicht in der Tat auch ein bisschen konzentrieren, obwohl ich nicht glaube, dass wir immer letztendlich unabhängig werden von einem asiatischen Markt.

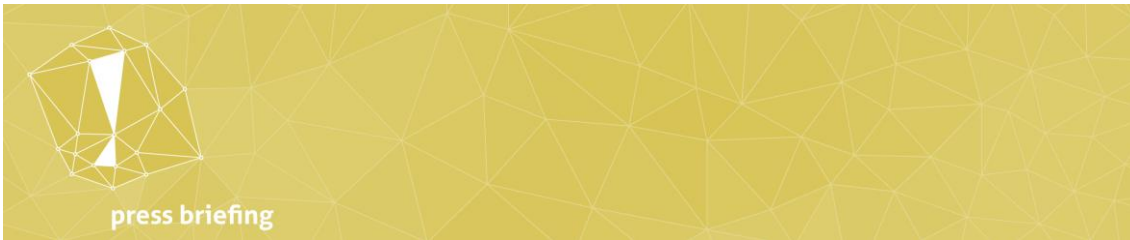
**Moderator** [00:52:40] Herr Francas, möchten Sie ergänzen?

**David Francas** [00:52:42]

Ich denke, es gibt so ein paar building blocks, die man berücksichtigen müsste. Das erste ist sicherlich, man muss das ganze in eine Strategie reingießen und die Strategie muss auch erstmal wissen, wo sind die größten Probleme, die wir haben. Und das sollte nicht das Tagesgeschäft diktieren, sondern wirklich, was ist die Faktenseite auf den Lieferketten, was ist die Nachfrageseite seitens der Ärzte, der Apotheken, die wirklich genau wissen, was für die Patienten relevant ist. Der zweite building block ist ganz klar: Wir brauchen eine transnationale Perspektive. Das als nationales Problem zu betrachten, ist grundsätzlich falsch, auch wenn es Ausnahmen geben mag. Der dritte Punkt ist: Es gibt nicht die eine Lösung. Es wird vielleicht eine Mischung sein aus höheren Preisen oder anderen Preisen in einzelnen Bereichen, aus möglicherweise Reshoring, das aber sicherlich nicht als deutscher Alleingang, das kann ich Ihnen garantieren, und möglicherweise auch nationale Reserven in bestimmten Bereichen, europäische Reserven, aber auch das ist logistischer Ausbau und wir sollten nicht anfangen, irgendwelche Bundesweherschuppen zu mieten und dann die Arzneimittel reinzulegen wie bei Tamiflu und uns dann freuen, wie die peu à peu verderben. Also ganz so einfach ist leider die pharmazeutische Lieferkette nicht, um so etwas zu machen.

**Torsten Hoppe-Tichy** [00:53:54]

Ich fand das sehr gut, was Herr Francas gesagt hat. Es wird nicht die einfache, einzelne Lösung geben. Wir müssen das Ganze als gesellschaftspolitisches Problem begreifen. Gesellschaftspolitisch heißt, dass ich mich auch im Bundestag nicht hinstelle immer nur mit den Worten, was alles nicht geht, ohne was anderes zu machen. Wir haben da ja zwei Parteien, die ich da echt in die Pflicht nehmen würde. Die eine ist in der Regierung, die andere nicht. Das Punkt eins. Punkt zwei ist in meinen Augen gesellschaftspolitisch, dass wir uns auch selbst an die eigene Nase fassen als Akteure im Gesundheitswesen. Es geht nicht an, dass ich ein Antidiabetikum verschreibe off label für jemanden, der abnehmen möchte. Das ist ein Unding. Da habe ich doch auch eine Verantwortung als Verschreiber. Wenn ich das auf Krankenhaus- Apotheken beziehe, wir sind organisiert in Einkaufsverbänden, auch wir müssen sehen, dass wir zum Beispiel kein Single Sourcing im Generika-Bereich machen, sondern immer mehrere Anbieter bei der Stange halten und von denen auch einkaufen, auch wenn sich die Preise ein bisschen unterscheiden, da hat der eine mal einen höheren Preis als der andere und so weiter und so fort. Also wir haben auch eigene Maßnahmen, die direkt bei uns Spielern im Gesundheitswesen liegen, die wir ergreifen können. Das darf man nicht ver-



gessen. Man darf auf keinen Fall die Meinung haben, das kann nur geregelt werden, wenn man der Pharmaindustrie irgendwas macht.

**Moderator** [00:55:46]

Vielen Dank, Ihnen allen dreien noch einmal. Wir sind jetzt leider schon am Ende. Ich möchte den Journalisten da draußen aber vielleicht noch kurz mitgeben Wenn Sie das Transkript oder die Videoaufzeichnung hier haben wollen, die wir sowieso anfertigen, wenn Sie das vorab haben wollen, eine unbearbeitete Version noch, können Sie das auch haben, dass der Link dazu ist, in der Regel in der Mail, die wir verschickt haben. Da können Sie dann draufklicken. Ansonsten gibt es das ja. Spätestens morgen haben wir alles auch kuratiert so gesehen. Danke ich Ihnen noch mal ganz recht herzlich, dass Sie dabei waren. Und ich würde mich freuen, wenn wir das Thema vielleicht noch mal aufgreifen würden. Also machen Sie es gut und vielen Dank.





press briefing

## Ansprechpartner in der Redaktion

### Philipp Jacobs

Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de)

## Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: [www.sciencemediacenter.de](http://www.sciencemediacenter.de)

### Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH  
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33  
69118 Heidelberg  
Amtsgericht Mannheim  
HRB 335493

### Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH  
Rosenstr. 42-44  
50678 Köln

### Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

### Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des § 18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science  
media center  
germany