

Pressekonferenz

Arzneiverordnungs-Report 2007

16. Oktober 2007 | Berlin Bundespressekonferenz

Kostenlawine bei Arzneimitteln gestoppt? - Wie wirksam waren die gesetzlichen Änderungen?

Bewertungen und Ausblick auf die Marktentwicklung

Seit 1985 wird der deutsche Arzneimittelmarkt im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report analysiert. Auf der Basis von 685 Millionen Verordnungen für gesetzlich Krankenversicherte im Jahr 2006 gibt der Report einen Überblick über die Entwicklung der Arzneimittelausgaben. Er stellt Neueinführungen von Medikamenten vor, bewertet den therapeutischen Nutzen und gibt klare Anwendungsempfehlungen. Der Report berechnet die Kosten und macht Vorschläge zur Nutzung von Einsparpotenzialen bei den Arzneimitteln. Im Spannungsfeld von Politik, Ärzten und Krankenkassen schafft er Transparenz im Markt.

Ihre Gesprächspartner:

- **Prof. em. Dr. med. Ulrich Schwabe**
Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports,
Pharmakologisches Institut der Universität Heidelberg
- **Dr. rer. soc. Dieter Paffrath**
Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports,
Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein
- **Ulla Schmidt**
Bundesministerin für Gesundheit
- **Dr. Hans Jürgen Ahrens**
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Dr. Dr. Klaus Enderer**
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung
Nordrhein

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel.: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Pressemitteilung

Erfolgreich konsolidiert: Arzneimittelkosten 2006 nur moderat gestiegen / Generika deutlich billiger, dafür mehr verordnet

Arzneiverordnungs-Report betont die erfolgreiche Kooperation von Ärzten und Krankenkassen

Berlin, 16. Oktober 2007

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben im Jahr 2006 mit einem Zuwachs von 1,8 Prozent auf 25,9 Mrd. Euro einen moderaten Anstieg erfahren. Noch im Jahr zuvor waren die Gesamtkosten für Medikamente um fast 17 Prozent gestiegen. Trotz des abgeschwächten Anstiegs bleiben die Arzneimittelkosten mit 17,8 Prozent der zweit höchsten Kostenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Arzneimittelkosten liegen damit sogar noch über den Ausgaben für ärztliche Behandlungen (22,2 Mrd. Euro). Auf Platz eins rangieren die Kosten für Krankenhausleistungen mit 50,3 Mrd. Euro. Die beiden Herausgeber des *Arzneiverordnungs-Reports* Prof. em. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath sind sich darin einig, dass die Hauptursachen für diesen starken Rückgang in den Wirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung (AVWG) liegen, das am 1. Mai 2006 in Kraft getreten ist. Während noch im ersten Quartal ein Zuwachs von 10,5 Prozent zu beobachten war, sanken die Arzneimittelausgaben in den folgenden drei Quartalen sogar unter die Vorjahreswerte und lagen im Durchschnitt bei 1,8 Prozent, so die beiden Herausgeber auf der Pressekonferenz in Berlin, bei der der jährlich erscheinende Report vorgestellt wurde. Der Report gibt einen Überblick über die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen und macht Vorschläge zur Nutzung von Einsparpotenzialen in wichtigen Arzneimittelgruppen. Hohe Umsatzrückgänge seien vor allem bei Husten- und Erkältungspräparaten (-24%), Calciumantagonisten (-18%), Antibiotika (-13%), Antimykotika (-12%), Urologika (-11%) und Magenulka-therapeutika (-10%) zu verzeichnen. Hauptursache hierfür, so der Heidelberger Pharmakologe Schwabe, seien gesunkene Arzneimittelpreise, trotzdem sei der Verbrauch in vielen Fällen sogar angestiegen.

Eingebettet in die gesetzlichen Neuregelungen kam es in erster Linie bei Generika zu massiven Preissenkungen. Am effektivsten griff die Einführung des zehnpromtigen Kassenabschlags für generikafähige Medikamente. Einen weiteren Preisverfall löste ab Jahresmitte die Zuzahlungsbefreiung für bestimmte Arzneimittel aus. Dennoch konnte der Preisrutsch bei den Generika den starken Anstieg des Verordnungsvolumens in diesem Arzneimittelsektor nicht wett machen und so kam es zu einem erneuten Höchstwert von 8,5 Mrd. Euro (+4,3 %). Mit Verweis auf die Generikapreise in europäischen Nachbarländern sieht der Report noch immer großen Spielraum in der Preisdynamik. Neben den berechneten Kostenreserven von 1,3 Mrd. Euro berechnet er allein bei sieben umsatzstarken Wirkstoffen noch weitere 1,5 Mrd. Euro, die eingespart werden könnten.

Bei den Analogpräparaten zeichnen sich dem Report zufolge deutliche Erfolge ab. Schwabe verweist hier anerkennend auf die Arzneimittelvereinbarung der KV Nordrhein und der nordrheinischen Krankenkassen. Mit einem Umsatzvolumen von 5,0 Mrd. Euro machen die Analogpräparate gut ein Fünftel der Arzneimittelumsätze aus. Bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise ohne therapeutischen Qualitätsverlust errechnet der Report dennoch auch hier ein weiteres Einsparpotenzial von 1,3 Mrd. Euro.

Mit Blick auf die Einführung neuer Arzneimittel verweist Schwabe auf die damit verbundenen extrem hohen Kosten und appelliert an die Vernunft der Pharmaindustrie. Am Beispiel eines Medikaments

zur Behandlung von altersbedingter Makuladegeneration macht er deutlich, dass hier eine weltweite Diskussion um riesige Einsparpotenziale begonnen hat. So würde ein im Februar 2006 neu eingeführtes Medikament – ein Angiogenesehemmer - im Jahr 18.279 Euro an Therapiekosten verursachen, obwohl es einen vergleichbaren Wirkstoff gibt, dessen Kosten pro Jahr lediglich ein 270stel betragen. Dieser ist jedoch für diese Indikation nicht zugelassen.

Aktuelle Daten, basierend auf der Auswertung von 440 Millionen Kassenrezepten, zeigen Verordnungsverhalten und Kosten, neue Therapie-Trends, erfolgreiche Innovationen und Einsparpotenziale. Der Report analysiert in dieser Ausgabe die kassenärztlichen Arzneiverordnungen bei 3000 Arzneimitteln und unterteilt diese in 44 pharmakologische Kapitel nach konkreten Wirkstoffgruppen und Präparaten. Große Unterschiede zeigen die Arzneiverordnungen nach Arztgruppen. Der Report hat ermittelt, dass der größte Teil der Verordnungen auf Allgemeinmediziner (53,8) entfällt, gefolgt von den Internisten (19,7 %). Bei den Arzneimittelumsätzen stehen die Nervenärzte mit einem durchschnittlichen Jahresumsatz von 318.000 Euro pro Arzt an erster Stelle, gefolgt von Internisten (273.000 Euro), Allgemeinärzten (264.000 Euro) und Urologen (183.000 Euro).

Der Report beschreibt die Einführung neuer Medikamente, bewertet den therapeutischen Nutzen, berechnet die Kosten und gibt Ärzten konkrete Verordnungsempfehlungen. Darüber hinaus werden Patienten- und Herstellerprofile dargestellt und eine ökonomische Bewertung des Arzneimittelmarktes vorgenommen. Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland stellen jährlich als gemeinsame Projektträger des GKV-Arzneimittelindex über das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) die entsprechenden Arzneimittelverordnungsdaten zur Verfügung. Ärzten steht damit ein Hilfsmittel zur Verfügung, um eine Verordnung nach therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten treffen zu können. Der *Arzneiverordnungs-Report* gilt als Standardwerk und genießt hohe Anerkennung in wichtigen Gremien und Verbänden, die sich mit Fragen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik in Deutschland beschäftigen. In Europa gibt es derzeit keine vergleichbare wissenschaftliche Bewertung von Arzneimittelverordnungen.

Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath (Hrsg.)

Arzneiverordnungs-Report 2007

Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare

Springer 2008, 1112 S., 96 Abb., 234 Tab.

Broschiert, 39,95 EUR; 65,50 CHF

ISBN 978-3-540-72547-3

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel.: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Pressekonferenz 16. Oktober 2007

Grafiken aus *Arzneiverordnungs-Report 2007*

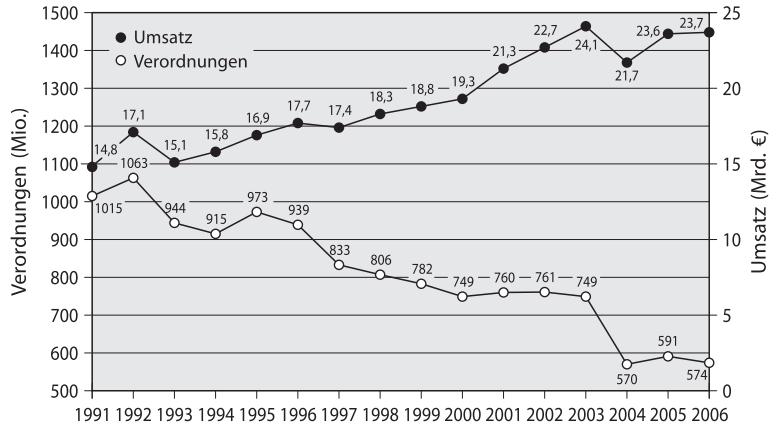


Abbildung 1.1
(Seite 4)

Verordnungen und Umsatz 1991 bis 2006 im GKV-Fertigarzneimittelmarkt (ab 2001 mit neuem Warenkorb)

Arzneiverordnungs-Report 2007
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

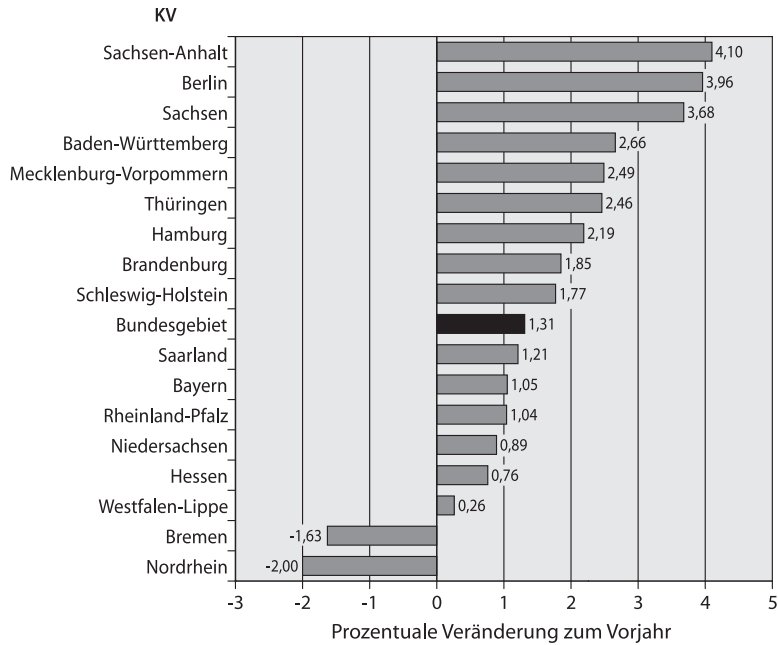


Abbildung 3.7
(Seite 145)

Regionale GKV-Arzneimittelausgaben 2006

Arzneiverordnungs-Report 2007
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

Pressekonferenz 16. Oktober 2007

Tabelle aus *Arzneiverordnungs-Report 2007*

Die verordnungsstärksten Arzneimittelgruppen 2006

Rang 2006	Arzneimittelgruppe	ATC	Verordnungen Mio. % Änd.		Umsatz Mio. € % Änd.		DDD Mio. % Änd.	
1	Angiotensinhemmstoffe	C09	40,0	4,8	1778,9	-0,6	4815,7	11,3
2	Antibiotika	J01	37,3	-9,3	799,6	-13,1	327,4	-6,4
3	Antiphlogistika/ Antirheumatika	M01	34,5	-4,0	571,8	-6,7	904,1	-1,0
4	Betarezeptorenblocker	C07	32,7	4,7	847,2	-3,0	1983,0	5,1
5	Analgetika	N02	31,9	-4,4	1290,4	1,4	484,1	4,2
6	Antidiabetika	A10	26,9	1,2	1455,3	1,6	1698,7	3,6
7	Psycholeptika	N05	25,9	-3,6	1081,4	8,3	575,1	-1,5
8	Antiasthmatika	R03	24,7	-3,3	1274,8	2,6	1173,3	0,3
9	Ulkustrapeutika	A02	21,2	2,5	1069,9	-9,9	1311,9	9,2
10	Diuretika	C03	19,9	0,9	407,7	-3,6	1810,9	1,7
11	Psychoanaleptika	N06	18,5	-0,2	996,2	2,6	912,4	4,7
12	Schilddrüsen-therapeutika	H03	18,2	4,4	281,2	5,0	1328,2	2,9
13	Husten- und Erkältungspräparate	R05	18,1	-24,5	181,4	-23,8	183,3	-23,6
14	Calciumantagonisten	C08	16,6	0,0	403,0	-17,8	1523,6	8,1
15	Ophthalmika	S01	15,4	-2,4	402,1	1,3	662,4	-1,7
16	Lipidsenker	C10	14,1	8,8	786,0	-0,7	1911,8	16,8
17	Herztherapeutika	C01	13,7	-10,3	321,4	-9,6	914,7	-10,3
18	Sexualhormone	G03	13,5	-4,7	422,1	-2,3	1145,8	-4,0
19	Antithrombotika	B01	13,5	1,5	754,8	1,3	1035,8	1,9
20	Rhinologika	R01	10,8	-8,6	75,7	-4,0	247,0	-7,4
21	Corticosteroide (dermatologisch)	D07	9,2	-4,7	163,4	-5,6	250,8	-2,1
22	Spasmolytika	A03	8,0	-3,1	108,7	-5,3	85,0	-2,9
23	Corticosteroide (systemisch)	H02	7,7	-1,0	154,9	-1,9	358,2	3,1
24	Antiepileptika	N03	6,7	5,0	490,9	4,7	238,9	2,3
25	Gichtmittel	M04	6,2	-1,7	89,0	-1,9	353,2	-1,0
26	Urologika	G04	5,4	-1,2	335,9	-11,0	347,6	3,9
27	Parkinsonmittel	N04	5,4	4,0	397,6	10,2	128,7	3,5
28	Antidiarrhoika	A07	4,2	-2,9	159,2	1,3	70,1	1,3
29	Antihypertonika	C02	4,2	1,0	212,9	3,7	320,7	1,6
30	Antimykotika (topisch)	D01	4,1	-4,5	91,4	-11,9	72,5	-3,6
Summe der Ränge 1 bis 30			508,5	-2,4	17404,7	-1,8	27175,0	4,0
Anteil an Gesamt			88,6%		73,5%		92,3%	
Gesamtmarkt GKV-Rezepte mit Fertigarzneimitteln			573,7	-3,0	23691,8	0,6	29426,4	2,7

Tabelle 1.1
(Seite 9)

Arzneiverordnungs-Report 2007
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

Pressekonferenz 16. Oktober 2007

Tabelle aus *Arzneiverordnungs-Report 2007*

Verordnungen und Umsatz von Spezialpräparaten 2006

Arzneimittelgruppen	Verordnungen		Umsatz	
	in Tsd.	Änd. %	Mio. €	Änd. %
Blutbildungs- und Blutgerinnungsmittel				
Erythropoietin	803,1	4,8	390,6	5,9
Niedermolekulare Heparine	2815,3	2,6	251,7	0,9
Standardheparine	107,5	5,8	2,5	-4,0
ADP-Rezeptorantagonisten	1975,3	-3,0	380,1	-1,0
Gerinnungsfaktoren	21,1	-37,0	17,6	-37,8
	5722,4	0,7	1042,5	0,9
HIV-Therapeutika				
Nukleosidanaloga	415,6	1,0	232,4	11,6
NNRT-Inhibitoren	110,1	-3,1	49,7	8,7
HIV-Proteasehemmer	160,8	14,2	104,8	20,9
Fusionshemmer	3,4	9,9	6,7	9,9
Cytomegalievirostatika	10,3	38,4	14,9	15,6
	700,4	3,5	408,5	13,6
Hypophysenhormone				
Gonadotropine	247,3	2,3	46,9	4,4
Gonadorelinantagonisten	21,0	40,6	2,1	18,7
Wachstumshormon	66,2	6,7	168,4	8,0
	334,5	4,9	217,4	7,3
Immuntherapeutika				
Interferone	496,0	2,6	661,7	7,6
Immunmodulatoren	107,5	16,0	127,6	17,4
Immunsuppressiva	1529,0	6,3	775,3	19,4
Hyposensibilisierungsmittel	755,6	5,5	220,2	10,4
Immunglobuline	145,7	-3,5	109,8	13,0
	3033,8	5,3	1894,6	13,4
Onkologische Präparate				
Zytostatika	626,8	9,2	469,3	32,5
Entgiftungsmittel	64,0	17,8	20,6	22,7
Gonadorelinanaloga	438,7	3,2	233,9	3,8
Gestagene, Estramustin	26,4	-19,4	9,3	-20,6
Antiöstrogene	411,6	-10,4	25,6	-3,3
Antiandrogene	185,0	1,9	52,2	15,4
Aromatasehemmer	372,3	25,7	184,8	29,3
Koloniestimulierende Faktoren	116,3	4,3	117,3	6,1
Bisphosphonate	264,0	3,6	146,9	8,9
Spezielle Antiemetika	533,1	12,9	56,6	6,7
Somatostininanaloga	24,3	-0,5	56,3	6,4
Somatotropinrezeptorantagonisten	2,9	24,7	11,8	27,8
	3065,5	6,1	1384,5	17,0
Weitere Spezialpräparate				
Acamprosat	29,8	-9,6	1,8	-9,0
Riluzol	28,3	1,5	13,3	0,9
Ribavirin	63,6	-7,5	52,6	-7,7
Entecavir	1,1	(neu)	0,7	(neu)
Dornase alfa (Desoxyribonuclease)	17,7	10,7	17,3	11,4
Verteporfin	8,9	-2,8	14,0	-2,0
Enzyersatztherapie	7,5	133,2	105,8	33,2
	157,1	-0,7	205,5	13,3
Summe	13014,0	3,2	5153,1	11,3

Tabelle 1.3
(Seite 14 und 15)

Es gilt das gesprochene Wort!

Prof. em. Dr. med. Ulrich Schwabe
Pharmakologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Erfolgreiche Konsolidierung der Arzneimittelkosten

2006 ist eine erfolgreiche Konsolidierung der Arzneimittelkosten gelungen. Nach dem massiven Kostenschub des Vorjahres sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel nur noch um 1,8% auf 25,9 Mrd. € gestiegen. Diese Steigerungsrate lag unter dem Gesamtanstieg der GKV-Ausgaben um 2,6% auf 147,6 Mrd. €. Dennoch haben Arzneimittel weiterhin einen hohen Anteil (17,8%) an den Leistungsausgaben der GKV und rangieren nach den Krankenhauskosten (50,3 Mrd. €) sogar vor den Ausgaben für ärztliche Behandlungen (22,2 Mrd. €).

Hohe Umsatzrückgänge sind bei Husten- und Erkältungspräparaten (-24%), Calciumantagonisten (-18%), Antibiotika (-13%), Antimykotika (-12%), Urologika (-11%) und Magenulcustherapeutika (-10%) eingetreten. Hauptursache sind gesunkene Arzneimittelpreise, trotzdem ist der Arzneimittelverbrauch in vielen Fällen sogar angestiegen.

Die moderate Entwicklung der GKV-Ausgaben ist in erster Linie ein Erfolg des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG). Schon bald nach dem Inkrafttreten am 1. Mai 2006 begann die angestrebte Steuerung der Arzneimittelausgaben. Während im ersten Quartal noch ein Zuwachs von 10,5% zu verzeichnen war, sanken die Ausgaben in den folgenden drei Quartalen unter die Vorjahreswerte und erreichten im Jahresdurchschnitt die genannten 1,8%. Hauptursache waren massive Preissenkungen bei Generika in einem noch nie da gewesenen Ausmaß.

Generika

Den schnellsten Effekt hatte die Einführung des 10%igen Kassenabschlags für generikafähige Arzneimittel, da viele Pharmafirmen bereits im Vorfeld die Alternative genutzt haben, den Herstellerabgabepreis 30% unter Festbetrag zu senken, um damit dem drohenden Zwangs-rabatt zu entgehen. Mit dem Verbot von Naturalrabatten wurde auch der notwendige Spielraum für spürbare Preissenkungen geschaffen.

Einen weiteren Preisrutsch löste die Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel mit Apothekeneinkaufspreisen 30% unter Festbetrag ab 1. Juli 2006 aus. Seitdem ist die Liste der zuzahlungsbefreiten Präparate mehrfach erweitert worden und umfasst derzeit etwa 10 000 Arzneimittel.

Trotz der massiven Senkung der Generikapreise hat das Umsatzvolumen der Generika 2006 einen neuen Höchstwert von 8,5 Mrd. € (+4,3%) erreicht, da das Verordnungsvolumen noch stärker auf 18,2 Mrd. definierte Tagesdosen (DDD) (+9,6%) gestiegen ist. Dagegen hat der Umsatz der generikafähigen Originalpräparate um 780 Mio. € auf 2,9 Mrd. € (-22,9%) abgenommen, so dass bei den generikafähigen Arzneimitteln insgesamt 430 Mio. € eingespart wurden.

Trotz der sichtbaren Preissenkungen sind die Generikapreise in Deutschland immer noch deutlich höher als in vielen europäischen Nachbarländern. So kosten beispielsweise in Deutschland preiswerte Generika des Cholesterinsenkers Simvastatin in einer großen Standardpackung (100 Tabletten 20 mg) aktuell 22,97 €, in Schweden dagegen nur 6,93 €. Diese Preisunterschiede entstehen keinesfalls dadurch, dass Generika in Schweden oder anderen europäischen Nachbarländern billiger hergestellt werden. Denn der Generikahersteller Sandoz bietet sein Simvastatinpräparat in Schweden mit einem ähnlich niedrigen Preis (8,41 €) und damit erheblich billiger als in Deutschland (29,95 €) an.

Mit nur sieben umsatzstarken Wirkstoffen könnten die Generikakosten in Deutschland zusätzlich zu den berechneten Einsparpotenzialen von 1,3 Mrd. € noch um weitere 1,5 Mrd. € gesenkt werden. Ein transparenter Preiswettbewerb und ein freier innereuropäischer Warenverkehr wären wichtige Rahmenbedingungen, um Finanzmittel einzusparen, die wir für andere Zwecke dringend benötigen.

Analogpräparate

Erste Erfolge gibt es auch in der Gruppe der teuren Analogpräparate zu berichten. Mit einem Umsatz von 5,0 Mrd. € haben sie einen Anteil von 21,2% an den Arzneimittelkosten. Die Substitution durch therapeutisch äquivalente Leitsubstanzen ergibt ein rechnerisches Einsparpotenzial von 1,3 Mrd. €. Hohe Einsparungen wurden 2006 bei Calciumantagonisten (39 Mio. €), Antidepressiva (38 Mio. €), oralen Antidiabetika (35 Mio. €) und nichtsteroidalen Antirheumatika (21 Mio. €) erzielt.

In anderen Gruppen sind die Einsparpotenziale allerdings auch gewachsen. Hohe Wirtschaftlichkeitsreserven sehen wir vor allem bei Opioidanalgetika (326 Mio. €), Betarezeptorenblockern (151 Mio. €), Statinen (108 Mio. €), Protonenpumpenhemmern (92 Mio. €) und kurzwirkenden Insulinaloga (86 Mio. €).

Dass die Einsparpotenziale für Analogpräparate keine graue Theorie sind, hat die Arzneimittelvereinbarung der KV Nordrhein und der nordrheinischen Krankenkassen gezeigt. Genauere Daten wird Herr Dr. Enderer berichten. Mit Hilfe einer Liste patentgeschützter Analogpräparate sind die Arzneimittelausgaben der KV Nordrhein 2006 um 55 Mio. € zurückgegangen. Wenn die Ausgaben im gesamten Bundesgebiet im gleichen Umfang gesunken wären, hätten Einsparungen von 830 Mio. € erzielt werden können. Dieses Beispiel zeigt weiterhin, dass die Marktmacht der Pharmaindustrie gezügelt werden kann, wenn Ärzte und Krankenkassen zusammenwirken.

Sind Innovationen noch bezahlbar?

Zum Schluss möchte ich Ihren Blick noch auf die Entwicklung der neuen Arzneimittel lenken. 2006 wurden in Deutschland 27 Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in die Therapie eingeführt. Siebzehn wurden als Innovationen und acht als therapeutische Verbesserungen klassifiziert. Zu den vielfach kritisierten Analogpräparaten gehören nur zwei Arzneimittel (Rotigotin, Parathyroidhormon). Damit sind 93% der neuen Arzneimittel Innovationen oder Verbesserungen. Diese positive Bilanz wird aber dadurch eingetrübt, dass fast alle neuen Arzneimittel sehr teuer sind.

Zehn neue Präparate kosten über 20.000 € pro Jahr. Bei den seltenen Erbkrankheiten, die heute mit einer Enzymersatztherapie behandelt werden können, ist die Belastung der GKV dann immer noch relativ niedrig. Die Kosten schießen aber schnell in die Höhe, wenn neue teure Therapien für häufige Krankheiten wie multiple Sklerose, Nierenzellkarzinom, altersbedingte Makuladegeneration oder Dialysepatienten eingeführt werden (Tabelle 1). Der viel diskutierte neue HPV-Impfstoff (Gardasil®) zeigt eine wichtige Komponente des Problems. Bei uns kostet die vollständige Impfung 477 €, in den USA dagegen nur 360 \$ (255 €). Mit dem amerikanischen Preis würde die HPV-Impfung in Deutschland insgesamt nur 574 Mio. € im ersten Jahr kosten.

Die extrem hohen Kosten neuer Arzneimittel werden noch deutlicher an dem Angiogenesehemmer Ranibizumab (Lucentis®) zur Behandlung der Altersblindheit, der im Februar dieses

Jahres eingeführt wurde. Er kostet 18.279 € pro Jahr und würde allein 8,9 Mrd. € erfordern, um 485 000 Patienten mit dieser Krankheit zu behandeln. Wenn stattdessen der Angiogenesehemmer Bevacizumab (Avastin®) eingesetzt wird, der allerdings für diese Indikation nicht zugelassen ist, dann würde das nur 32 Mio. € für alle Patienten pro Jahr kosten, also etwa 270-fach weniger.

Dieser riesige Kostenunterschied hat weltweit eine heftige Diskussion über die Preisgestaltung der Pharmaindustrie ausgelöst. Ich habe immer die Position vertreten, dass freie Preise ein wesentliches Element unserer Marktwirtschaft sind. Wenn aber die Pharmaindustrie die Preise nicht mehr an den Produktions- und Entwicklungskosten sondern nur noch am Gewinn orientiert, dann wird die freie Preisgestaltung zur Farce. Inzwischen soll die Herstellerfirma angeboten haben, bei einer Finanzierung von 315 Mio. € durch die Krankenkassen alle weiteren Kosten für Lucentis® übernehmen.

Unser GKV-System hat es durch erhebliche Einsparungen bei den Standardmitteln geschafft, dass 2006 1,4 Mrd. € für neue teure Arzneimittel verfügbar waren. Ein Zuwachs von 13 Mrd. € (+50%) für nur fünf neue Arzneimittel ist völlig illusorisch. Die Pharmaindustrie hat es selbst in der Hand, ihre Unabhängigkeit durch eine realistische Preispolitik zu erhalten.

Tabelle 1: Modellrechnung für die Kosten neuer teurer Arzneimittel des Jahres 2006/2007

Arzneimittel Handelspräparat	Indikation (jährlich zu behandelnde Patienten)	Kosten pro Jahr und Pati- ent	Arzneimittelkosten pro Jahr in Mio. €
HPV-Impfstoff Gardasil®	Prävention des Zervixkarzinoms 375 000 Mädchen pro Jahrgang (12–17 Jahre) ¹	477 €	*1.073
Lanthancarbonat Fosrenol®	Prophylaxe der Hyperphosphatä- mie bei chronischer Niereninsuffi- zienz (63 000 Dialysepatienten) ²	4.238 €	267
Natalizumab Tysabri®	Multiple Sklerose (120 000 Patienten, davon 50%) ³	30.276 €	1.817
Sorafenib Nexavar®	Nierenzellkarzinom nach Therapie- versagen (17 000 Patienten) ⁴	58.445 €	994
Ranibizumab Lucentis®	Makuladegeneration (485 000 Patienten) ⁵	18.279 €	8.865
Summe			13.016

*Im ersten Jahr, ¹Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten (Seite 920, AVR 2007), ²Nierenersatztherapie in Deutschland, Jahresbericht 2005/2006 (www.quasi-niere.de), ³Flachenecker et al: *Nervenarzt* 76: 967–975, 2005), ⁴Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (Seite 90, AVR 2007), ⁵Schrader (Seite 77, AVR 2007)

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Entwurf

Es gilt das gesprochene Wort!

Dr. rer. soc. Dieter Paffrath,

Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein, Kiel

Arzneimittelausgaben 2006: Steigerung vorübergehend gestoppt – Wirtschaftliche Fehlversorgung beheben hilft Ressourcen für die Zukunft bereitzustellen

Der Arzneimittelmarkt 2006, den wir im *Arzneiverordnungs-Report 2007* differenziert analysieren, zeigt eine moderate Entwicklung der Ausgabenentwicklung. Maßgeblich hierfür waren die kostendämpfenden Maßnahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG). Als Stichworte sind hier insbesondere Senkung der Festbeträge, Generikaabschlag sowie Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel mit Preisen 30% unter dem Festbetrag zu nennen. Doch auch das AVWG hat bereits das klassische Schicksal eines Kostendämpfungsgesetzes ereilt: Die Wirkung ist nicht nachhaltig. So sind die Arzneimittelausgaben seit Jahresbeginn 2007 deutlich gestiegen und die Steigerungsraten lagen in den Monaten des zweiten Halbjahres im zweistelligen Bereich, zuletzt im August 2007 bei 11,3%.

Umsatzstabilisierung 2006: Auswirkungen des AVWG

Vor Einsetzen der AVWG-Wirkung hatte sich noch im ersten Quartal 2006 die rasanteste Ausgabenentwicklung des Jahres 2005 fortgesetzt. So lag der Ausgabenanstieg im Gesamtjahr 2005 bei 16,8% und im ersten Quartal 2006 mit 10,5% erneut im zweistelligen Bereich.

Die differenzierte Analyse macht dabei deutlich, welche Entwicklungen im Jahresverlauf 2006 zu der insgesamt moderaten Ausgabenentwicklung beigetragen haben. Auch in diesem Jahr analysiert der *Arzneiverordnungs-Report* die Entwicklung des Bruttoumsatzes. Diese Betrachtung blendet die Auswirkungen gesetzlicher Änderungen bei Zuzahlungen und Rabatten aus. Dabei gibt die Zerlegung der Umsatzentwicklung in die einzelnen Komponenten Verordnungsmenge, Preis- und Struktureffekt Hinweise darauf, was im Markt passiert ist:

- Ausschlaggebend für die Entwicklung im Jahr 2006 war der durchschnittliche **Wert einer Verordnung**. Dieser war noch im ersten Quartal 2006 um knapp 10% angestiegen, um dann ab Jahresmitte zu stagnieren. Im Gesamtjahr 2006 ist der Wert je Verordnung jedoch lediglich um 3,6% und damit deutlich weniger als in den Vorjahren gestiegen. Gleichzeitig hat die Anzahl der Verordnungen, also die **Mengenkomponente**, in allen Quartalen abgenommen und lag im Gesamtjahr 2006 um 3% niedriger als im Vorjahr.

- Der **Wert je Verordnung** wird von zwei Komponenten bestimmt, den **Preisen** und der **Struktur** der Verordnung. Nach einer Stagnation im ersten Quartal 2006 sind die Preise in allen Folgequartalen immer stärker gesunken, im Gesamtjahr um 2,3%, was einem Umsatzrückgang von 560 Mio. € entspricht. Gleichzeitig hat sich jedoch die Strukturkomponente mit einer gegenläufigen Entwicklung umsatzsteigernd ausgewirkt. So hat die Verschiebung zu anderen, teureren Produkten – also der Intermedikamenteneffekt als Teil der Strukturkomponente - zu einem Umsatzplus von 910 Mio. € geführt. Dabei lag der Umsatzanstieg durch eine Verschiebung zu anderen teureren Produkten im ersten Quartal 2006 bei 7,3%, sank dann jedoch für das Gesamtjahr auf 3,9%.
- Diese Entwicklungen weisen darauf hin, dass die Instrumente des AVWG wie neue Festbeträge und die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel mit Preisen 30% unter dem Festbetrag in erster Linie über Preissenkungen gewirkt haben. Hierzu hat auch das erneute Preismoratorium beigetragen. Die Strukturentwicklung wurde im Jahresverlauf abgemildert, liegt aber dennoch mit 6,1% in der Größenordnung der vorangegangenen Jahre.

Damit wird der preisdämpfende Charakter deutlich, während das AVWG kaum strukturelle Veränderungen nach sich gezogen hat. Dies wird auch an der aktuellen rasanten Ausgabenentwicklung deutlich.

Wirtschaftliche Fehlversorgung benennen und beheben

Zu den „Klassikern“ in den Analysen des Arzneiverordnungs-Reports zählt die Analyse wirtschaftlicher Fehlversorgung. Mit dem Arzneiverordnungs-Report 2007 liegt damit nun auch für das Jahr 2006 eine valide Analyse vor, wie die Arzneimitteltherapie wirtschaftlicher erbracht werden könnte, ohne Einbußen in der Versorgungsqualität hinnehmen zu müssen. Dabei zeigt der Blick in die mehr als 20jährige Historie des Arzneiverordnungs-Reports, dass diese Analysen nicht nur graue Theorie sind, sondern auch praktische Hilfen für die Ärzte darstellen. War noch vor 10 Jahren das Thema „Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit“ ganz oben auf der Tagesordnung und bescherte uns in der Auseinandersetzung mit den Pharmaherstellern einen in Teilen geschwärtzten Arzneiverordnungs-Report, spielen diese Medikamente heute kaum noch eine Rolle. Lediglich 0,6 Mrd. € des gesamten Einsparpotenzials von 3,3 Mrd. € entfallen auf dieses Marktsegment.

Deutlich wichtiger sind heute die Themen Generika – hier könnten allein 1,3 Mrd. € gespart werden, wenn die Ärzte konsequent preiswerte wirkstoffgleiche Produkte verordneten – und nach wie vor das Thema der Analogpräparate. Auch hier könnte die Versorgung um 1,3 Mrd. € preiswerter erbracht werden, wenn anstelle teurer patentgeschützter Analogpräparate preiswerte Generika des bereits patentfreien, ursprünglich innovativen Wirkstoffs verschrieben würden. Dass die Anregungen des Arzneiverordnungs-Reports hier praktische Hilfen für die Ärzte darstellen, zeigen eindrucksvoll die Erfolge in Nordrhein, über die Herr Dr. Enderer sicher noch berichten wird.

Ausblick: Kosten weiter dämpfen und Instrumente für strukturelle Weichenstellung nutzen

Die Analysen des Arzneiverordnungs-Reports geben weitere Hinweise, wo Instrumente zur Ausgabenstabilisierung auch längerfristig – ohne Einschränkungen der Therapiequalität – ansetzen können:

- Mit dem GKV-WSG sind die Möglichkeiten der Kassen, Rabattverträge mit Pharmaherstellern abzuschließen, deutlich gestärkt worden. Seit 1. April die-

sen Jahres müssen Rabattarzneimittel der jeweiligen Kasse bevorzugt in den Apotheken abgegeben werden. Die meisten Krankenkassen haben zwischenzeitlich entsprechende Verträge abgeschlossen. Damit besteht ein wirksames Instrument, Einsparpotenziale im generischen Marktsegment zu erschließen. Gleichzeitig verlieren wir allerdings mit den kassenspezifischen Rabattverträgen ein wenig an Transparenz über Preise und Ausgaben im gesamten Arzneimittelmarkt, da die Rabattbedingungen in aller Regel ausschließlich den jeweiligen Vertragspartnern bekannt sind.

- Wer über die Ausgabensteigerungen im Jahr 2007 spricht, darf nicht unerwähnt lassen, dass hierfür auch in erheblichem Maße die Erhöhung der Mehrwertsteuer verantwortlich ist: Die geschätzten Mehrausgaben liegen in der Größenordnung von 610 Mio. €. Wir fordern daher nicht zum ersten Mal eine Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf den ermäßigten Satz von 7%, was gegenüber dem jetzigen Niveau von 19% Einsparungen in der Größenordnung von 2,4 Mrd. € bedeuten würde und damit eine Entlastung der Beitragssätze um mehr als 0,2%. Mit einer Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel würde Deutschland mit den meisten seiner europäischen Nachbarn gleichziehen und ein lebenswichtiges Krebsmittel würde hierzulande bei der Besteuerung gleich behandelt wie Kaffee oder Kinokarten.
- Die Ausführungen von Prof. Schwabe haben es deutlich gemacht: die Preise patentgeschützter Arzneimittel mit innovativem Charakter bzw. einer Monopolstellung für bestimmte Indikationen und Patientengruppen haben möglicherweise „sittenwidrige“ Größenordnungen erreicht. Bei einem innovativen Arzneimittel gegen eine bestimmte Erkrankung, dem relevanten Markt, in der es definitiv keine Alternative gibt, entsteht unseres Erachtens ohne Zweifel eine marktbeherrschende Stellung. Daher muss unmittelbar nach diesem Tatbestand die Missbrauchskontrolle des Bundeskartellamtes einsetzen oder aber die Politik ist gefragt, hier einen neuen Rahmen für die Preisfestlegung zu setzen, um Gesundheit auch zukünftig für alle bezahlbar zu machen. Zum Beispiel wäre es hilfreich, wenn das Präparat Avastin nach bestandenen klinischen Prüfungen für die Indikation Makuladegeneration „zwangszugelassen“ werden könnte.

Lassen Sie mich abschließend noch den Projektträgern des GKV-Arzneimittelindex danken, die uns – wie in den Vorjahren – die Daten, auf denen der neue Arzneiverordnungs-Report beruht, freundlicherweise zur Verfügung gestellt haben. Ich danke allen beteiligten Institutionen nochmals herzlich. Der Arzneiverordnungs-Report basiert auf den Ergebnissen des Transparenzprojekts GKV-Arzneimittelindex, das im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) mit hoher Kompetenz durchgeführt wird. Ein besonderer Dank gilt daher dem Institut und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com



Bundesministerium
für Gesundheit

Presse- mitteilung

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-2225
FAX +49 (0)30 18441-1245
INTERNET www.bmg.bund.de
E-MAIL pressestelle@bmg.bund.de

Berlin, 16. Oktober 2007
Nr. 89

Arzneiverordnungs-Report 2007 zeigt: Reformen im Arzneimittelbereich wirken

Zur Vorstellung des Arzneiverordnungs-Reports 2007 erklärt Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt**:

„Der Arzneiverordnungs-Report zeigt es deutlich: Die Reformmaßnahmen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Arzneimittelversorgung wirken. Die Zunahme der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lag im ersten Quartal 2006 noch bei 10,5 %. Nach Inkrafttreten des Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsgesetzes sanken die Ausgaben unter Vorjahresniveau, so dass im Gesamtjahr die Steigerung auf 1,8 % begrenzt blieb.“ Die Autoren des Reports führen dies im Wesentlichen auf eine erfolgreiche Ausgabensteuerung durch das Gesetz zurück. Die wichtigsten Elemente waren dabei die Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel, deren Apothekenverkaufspreis mindestens 30 % unter Festbetrag liegt, die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in den Festbetragsgruppen sowie der 10 %-ige Generikaabschlag in Verbindung mit dem Verbot von Naturalrabatten.

Der Arzneiverordnungs-Report zeigt jedoch gleichzeitig, dass die Herausforderungen in Zukunft zunehmen werden. Insbesondere die Entwicklung im Bereich der Spezialpräparate prägt die Ausgabenentwicklung des vergangenen Jahres. Sie verzeichneten ein überdurchschnittliches Umsatzwachstum von 11,3 %. Obwohl nur 2 % der Verordnungen auf Spezialpräparate fallen, machen sie mehr als ein Fünftel der Arzneimittelausgaben aus. Dabei handelt es sich um hochinnovative Arzneimittel, die eine neue Hoffnung für schwer kranke Menschen sind. Mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz wurden auch für diese Bereiche Maßnahmen ergriffen, die einerseits das Ziel verfolgen, neue, innovative Arzneimittel für schwere Erkrankungen all jenen zur Verfügung zu stellen, die sie brauchen. Gleichzeitig helfen Instrumente wie die Kosten-Nutzen-Bewertung oder das so genannte Zweitmeinungsverfahren, echte Innovationen von Scheininnovationen zu unterscheiden und gleichzeitig die Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu verbessern.

Ulla Schmidt: „Wir wollen eine gute, innovative und sichere Arzneimitteltherapie. Unser Gesundheitswesen zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Versicherten einen unmittelbaren Zugang zu Innovationen haben. Wir wollen den Pharmastandort stärken. Um das auch in Zukunft uneingeschränkt zu gewährleisten, müssen sich alle Beteiligten verantwortlich verhalten. Denn nur dann kann die Grundlage dafür – die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung – erhalten bleiben.“

Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports sind Prof. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath. Der Report erscheint bei Springer, Berlin, Heidelberg, ISBN 978-3-540-72547-3.

Es gilt das gesprochene Wort!

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn

Ein erster Schritt zum echten Wettbewerb

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gerade eben ist die Frankfurter Buchmesse zu Ende gegangen. Sie gehört zum Herbst wie das Christkind zu Weihnachten. Ein Bestseller wurde dort nicht vorgestellt. Den wollten wir Ihnen heute hier präsentieren: Den Arzneiverordnungs-Report.

1993 kommentierte das renommierte Wissenschaftsmagazin The Lancet das Erscheinen des neuen Arzneiverordnungs-Reports mit dem Satz, dass jeden Herbst ein Forschertraum in den Bücherläden erscheine. Seit mehr als 20 Jahren analysieren und kommentieren mehr als 20 Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Pharmakologie, Medizin, Ökonomie und Epidemiologie die Arzneimittelverordnungen der GKV. Und sie geben dadurch praktische Hilfen für die verschreibenden Ärzte. Oft hatte dies auch Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik. Denn nicht zuletzt geben sie den Krankenkassen wichtige Hinweise, wie viel für welche Arzneimittel ausgegeben wurde und ob das sinnvoll und wirtschaftlich war.

Mit dem neuen Arzneiverordnungs-Report 2007 liegen nun erstmals umfassende und pharmaunabhängige Analysen des GKV-Arzneimittelmarktes aus dem vergangenen Jahr vor. Und man muss nicht betonen, dass es bisher – anders als bei den Analog-Arzneimitteln – kein AVR-Nachahmerprodukt mit vergleichbaren Qualitäten gibt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die aktuellen Entwicklungen bei den Arzneimittelausgaben sind wie so oft besorgniserregend. Nach moderaten Anstiegen im ersten Quartal lagen die Ausgabensteigerungen zuletzt in den Monaten Juli und August 2007 im zweistelligen Bereich. Auch wenn 2,7 Prozentpunkte vom durchschnittlichen Ausgabenanstieg von 7,5% seit Jahresbeginn auf die Erhöhung der Mehrwertsteuer zurückzuführen sind, müssen wir jetzt handeln, um weitere Steigerungen einzufangen. Die Analysen des Arzneiverordnungs-Reports geben hierfür Hinweise.

Dabei wird deutlich, dass die moderate Ausgabenentwicklung 2006 weitgehend auf die kostendämpfenden Effekte durch das AVWG zurückzuführen ist. Festbetrags-senkungen, Zuzahlungsbefreiungen, Generikaabschläge und Preismoratorium haben hier ihre Wirkung gezeigt. Herr Dr. Paffrath hat das ja bereits ausführlich erläutert. Gleichzeitig zeigt der Arzneiverordnungs-Report, dass es immer noch zu einer wirt-

schaftlichen Fehlversorgung in der Größenordnung von 3,3 Mrd. Euro im Jahr 2006 gekommen ist.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das muss endlich anders werden! Würden die Ärzte konsequent preiswerte Generika verordnen, könnte die Versorgung um 1,3 Mrd. Euro wirtschaftlicher erbracht werden. Und würden die Ärzte anstelle teurer Analogpräparate preiswerte generische Produkte der gleichen Substanz verordnen, könnten nochmals 1,3 Mrd. Euro eingespart werden. Ein weiteres Potenzial von 600 Mio. Euro könnte bei umstrittenen Arzneimitteln gehoben werden, die die Ärzte nach wie vor verordnen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vergleichen wir diese Zahlen noch einmal mit den aktuellen Rahmenvereinbarungen, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für 2008 geschlossen wurden. Hier wurde ein Ausgabenzuwachs bei den Arzneimitteln von 4,1% vereinbart. Davon entfallen allein 3,5 Prozentpunkte (das entspricht einem Plus von knapp 900 Mio. Euro) auf den Einsatz innovativer Arzneimittel, weitere 200 Mio. Euro wurden für die demographische Entwicklung der GKV-Versicherten eingeplant.

Medizinischer Fortschritt und Demografie kosten also rund 1,1 Milliarden.

Das Einsparpotenzial im Arzneimittelmarkt beträgt 3,3 Mrd. Euro.

Würden also diese im Arzneiverordnungs-Report ausgewiesenen Wirtschaftlichkeitspotenziale nur zu einem Drittel realisiert, könnten die notwendigen Mehrausgaben ohne Belastung der Beitragszahler finanziert werden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Hinweise des Arzneiverordnungs-Reports auf Einsparpotenziale wurden in den vergangenen Jahren häufig als pauschale Ärzteschelte missdeutet. Das ist falsch! Denn der AVR zeigt, wo die Versorgung noch effizienter werden kann. Und das sollte uns in Zeiten immer knapper werdender Mittel doch allen am Herzen liegen.

Damit wir auch noch in Zukunft jeden Versicherten mit ausgezeichneten Arzneimitteln versorgen können, müssen alle Wirtschaftlichkeitspotenziale wirklich gehoben werden.

Inzwischen gibt die Gesetzgebung hier auch den Kassen Mitwirkungsmöglichkeiten. Diese neuen Chancen werden von der AOK engagiert genutzt.

Der Hebel sind hier die neuen Rabattverträge. Sicherlich wissen Sie, dass der Gesetzgeber schon seit 2003 ermöglichte, mit pharmazeutischen Herstellern Rabattverträge abzuschließen. Doch bisher hatten wir keinen Einfluss darauf, welche generischen Produkte vom Arzt verschrieben und welche dann in der Apotheke abgegeben wurden. Da war so ein Rabattvertrag ein stumpfes Schwert.

Seit April diesen Jahres sind die Apotheker nun verpflichtet, die Rabattarzneimittel der jeweiligen Kasse abzugeben. Damit wird es für pharmazeutische Hersteller endlich interessant, in echte Verhandlungen mit den Krankenkassen einzutreten und uns Preisnachlässe anzubieten. Und die Rabattverträge der AOK haben ja gezeigt, dass da viel Musik drin ist!

Wie Sie sicherlich wissen, sind wir bereits frühzeitig im vergangenen Jahr mit Ausschreibungen für 43 verordnungsstarke Wirkstoffe an den Start gegangen und hatten, als die Gesundheitsreform in Kraft getreten war, bereits umfangreiche Verträge abgeschlossen.

Dabei hat die AOK den Generikamarkt ganz schön aufgemischt und Einsparungen in zweistelliger Millionenhöhe herausgeholt.

Mit den neuen Ausschreibungen, die nun fast die doppelte Zahl an Wirkstoffen (82) umfassen, soll das Erfolgskapitel AOK-Rabattverträge nun für zwei Jahre fortgeschrieben werden. Dabei peilen wir jährlich Rabatte im dreistelligen Millionenbereich für das AOK-System an. Übrigens sehen wir den Einwänden einiger pharmazeutischer Hersteller gegen diese aktuelle Ausschreibung gelassen entgegen.

Auf dem Generikamarkt wird sich also einiges tun.

Aber wie sieht es in anderen Bereichen des Pharmamarktes aus? Stichwort Analogpräparate: Hier sind nach wie vor allein die Ärzte in der Verantwortung. Sie bestimmen letztlich die Therapie, Wirkstoffauswahl und an vielen Stellen auch das Produkt. Also können auch nur die Ärzte Einsparungen bei Analogwirkstoffen realisieren. Hier gibt der *Arzneiverordnungs-Report* praktische Hilfen, die Kassen und Ärzteschaft gemeinsam nutzen können. Hier hat zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bewiesen, dass eine wirtschaftlichere Versorgung sehr wohl möglich ist, wenn Ärzte und Kassen an einem Strang ziehen. Herr Dr. Enderer wird Ihnen sicherlich auch gerne berichten, wie erfolgreich die KV Nordrhein die fundierten Hinweise des *Arzneiverordnungs-Reports* im Jahr 2006 genutzt hat.

Sehr geehrter Damen und Herren,

ich möchte mich an dieser Stelle gerne wiederholen: Es ist doch in unser aller Sinne, wenn wir dort einsparen, wo dies einhergeht mit hoher Therapiequalität und einem Gewinn an Wirtschaftlichkeit. Dies leistet einen wichtigen Beitrag, um auch in Zukunft für alle Versicherten eine hochwertige Arzneimittelversorgung in der GKV sicherzustellen. Das ist das große Anliegen der Verfasser des *Arzneiverordnungs-Reports*.

An dieser Stelle möchte ich auch auf das Reizthema „Lucentis“ eingehen: Dies ist ein Beispiel dafür, was passieren kann, wenn Pharmaunternehmen Phantasiepreise für innovative Produkte verlangen dürfen. Sie riskieren dann, dass kranke Menschen nicht angemessen versorgt werden können. Sie haben die Zahlen gehört. Mit dem Produkt Lucentis gibt es neue Hoffnung für Patienten, die ohne Therapie möglicherweise erblinden. Die Jahrestherapiekosten liegen bei rund 18.000 Euro, also in der Größenordnung eines Mittelklassewagens. Hier geht es nicht um echte Entwicklungskosten, die über diese Preise wieder hereinkommen sollen. Nein hier missbraucht ein Hersteller seine Monopolstellung. Obwohl es medizinisch bewährte Alternativen gibt, wird deren Zulassung einfach nicht verfolgt! Ich denke, das darf in unserem guten Gesundheitswesen nicht so bleiben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Schluss möchte ich noch einmal betonen, dass wir die neuen Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem ausdrücklich begrüßen: Wir brauchen einen Wettbewerb, in dem echte Innovationen gefördert werden. Und wir brauchen einen Wettbewerb, in dem auch die Krankenkassen über Preis, Menge und Qualität verhandeln

können. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz bietet uns hier erste Möglichkeiten, in solch einen Wettbewerb einzusteigen. Rabattverträge alleine reichen aber nicht aus, um möglichst alle Effizienzreserven zu heben. Deswegen hat der AOK-Bundesverband auch Vorschläge gemacht, wie der Wettbewerb im Arzneimittelbereich weiter entwickelt werden soll. **Es ist nun an der Politik, diese Vorschläge aufzugreifen und weiter zu entwickeln.**

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Es gilt das gesprochene Wort!

Dr. Dr. Klaus Enderer,

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung
Nordrhein

Arzneiverordnungs-Report 2007

Der AVR ist immer mehr als nur reine Dokumentation gewesen. Die Verfasser verbinden mit dem Buch auch eine klare Aufforderung zum Handeln: an uns Ärzte, die Pharmahersteller und die Politik. Mehr Generika, weniger Scheininnovationen, so lautete der Appell an uns Ärzte – was fehlte, waren klare Handlungsanweisungen. In der Praxis hilft das Gebot: „Du sollst weniger Scheininnovationen verordnen“ wenig, wenn nicht gesagt wird, welche Präparate in welchem Indikationsgebiet konkret gemeint sind. Und wieviel weniger es denn genau sein soll.

Das Schwarze Peter-Spiel ist im Gesundheitswesen beliebt. In der KV Nordrhein wollten wir das aber nicht mehr mitspielen. Wir haben die Botschaften des AVR umgesetzt: mit verbindlichen Regelungen, welche und wie viele Scheininnovationen maximal verordnet werden dürfen und wie viele Generika mindestens verordnet werden müssen. Das hat uns 23 Klagen der pharmazeutischen Industrie eingebracht – aber auch fast genauso viele Siege vor Gericht.

Und was noch wichtiger ist: Wir haben in diesen Bereichen deutliche Einsparungen erreicht. Kostensenkungen von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2006 gehen auf das Konto unserer Quotenvereinbarungen. Wir haben unsere Hausaufgaben gemacht, doch wir können uns nicht zurücklehnen. Denn auch bei uns finden 2007 wieder Kostenzuwächse statt. Woran liegt das?

Ich hätte gerne gesagt, medizinischer Fortschritt hat eben seinen Preis. Doch exorbitant hohe Preise von neu eingeführten Arzneimitteln lassen mich daran zweifeln, auch wenn ohne Zweifel sehr hohe Forschungs- und Entwicklungskosten aufgebracht werden. Jüngstes Beispiel: ein neues Arzneimittel gegen feuchte Altersbedingte Makuladegeneration (AMD) mit Kosten von über 1.500 Euro pro Einzeldosis.

Diese Augenkrankheit ist in Deutschland die häufigste Erblindungsursache im Alter. Die Herstellerfirma Novartis rechnet mit jährlich rund 25.000 zu behandelnden Patienten. Realistischere Schätzungen belaufen sich auf über 400.000, die grundsätzlich für die Therapie in Frage kommen. In diesem Fall drohen zusätzliche Kosten von bis zu sieben Milliarden Euro jährlich. Zum Vergleich: die Gesetzlichen Krankenkassen

geben im Jahr derzeit rund 25 Milliarden Euro für alle Arzneimittel aus. Ein chemisch sehr ähnliches Arzneimittel, aus der gleichen amerikanischen Entwicklungspipeline, kostet 400 Euro pro Jahr – beim Novartis-Präparat wären es 18.000 Euro

Wo liegt das Problem? Das in Deutschland geltende Recht der freien Preisbildung für neue Arzneimittel kommt einer Einladung an die Pharmazeutische Industrie zur Selbstbedienung gleich. Leidtragende sind Versicherte, Krankenkassen und Ärzte, besonders die niedergelassenen.

Denn hierhin werden die teuren Therapien verlagert, hier drohen Regresse beim Überschreiten der Arzneimittelbudgets. Ambulante Operationen wie das Einbringen des Arzneimittels Lucentis ins Auge finden vermehrt in unseren Praxen statt. Das vermeidet teure Klinikaufenthalte, die provokant hohen Arzneimittelkosten der Spezialpräparate schlagen jedoch voll durch.

Auch Kliniken scheuen sich vor den hohen Kosten neuer Arzneimittel. Begleittherapien, wie die Verordnung von sehr teuren neuen Mitteln gegen Erbrechen bei Chemotherapien, werden vermehrt in den ambulanten Sektor verschoben. Nach dem Motto „das passt nicht mehr in unsere Pauschale“ werden im Krankenhaus Kosten vermieden, die von uns niedergelassenen Ärzten in Form von Kassenrezepten getragen werden sollen. So ärgerlich das für die Praxen ist, zumindest mag man als Niedergelassener darin ein rationales Verhalten der Kliniken erkennen, die ihren eigenen Bereich sauber halten.

Völlig irrational wird es aber auf einer anderen Baustelle zwischen den Sektoren: Unwirtschaftliche Entlassmedikationen sorgen für hohe Folgekosten in den Praxen und überflüssige Diskussionen mit den Patienten, wenn auf preiswerte Alternativen umgestellt werden soll und muss. Die Compliance leidet darunter gewaltig.

Und es wird noch schlimmer: Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erweiterte Katalog der Leistungen, die im Krankenhaus ambulant erbracht werden können, wird die Ausgaben kräftig ansteigen lassen. Denn von Wirtschaftlichkeit im Arzneibereich ist in den Kliniken in der Vergangenheit keine Spur gewesen – und ich erwarte durch die Öffnung der Krankenhäuser keinen plötzlichen Sinneswandel!

Die Kosteneinsparungen der durchaus sinnvollen Rabattverträge, auf die die Regierung mit der jüngsten Gesetzgebung den Fokus gelegt hat, erscheinen vor dem Hintergrund der exorbitanten Preise im Bereich der Spezialpräparate und neuer Medikamente als reine Lachnummer. Es wird mit hohem Aufwand an einem Bereich herumgeschraubt, der bereits weitgehend am Limit fährt. Im generischen Segment haben sich hunderte von ehemals teuren und wichtigen Arzneimitteln im Herstellerabgabepreis auf ein Niveau unterhalb der Kosten von einer Tüte Gummibärchen verbilligt.

Generika sind eine Wirtschaftlichkeitsreserve, aber auch ein überschätztes Sparpotential – die Musik spielt in anderen Bereichen, vor allem bei den vermeintlich neuen patentgeschützten Präparaten. Und genau da, wo nur die Politik handeln kann und müsste, da geht die Politik nicht ran. Ich kann den Konflikt von Kostendämpfungs- und Innovationsförderungsabsicht des Gesetzgebers verstehen. Schließlich schafft und erhält die Pharmazeutische Industrie tausende von Arbeitsplätzen.

Was tun? Ich plädiere dafür, auch den Bereich der patentgeschützten Arzneimittel nicht von Rabattverträgen auszunehmen. Die Umsetzung in Apotheken könnte von der reinen Wirkstoffsubstitution auf eine Substitution innerhalb einer Wirkstoffgruppe erweitert werden. Im Klartext: Wird ein teures Magenschutzmittel wie Pantoprazol verordnet, wird dieses in der Apotheke durch eine preisgünstige Alternative etwa wie Lansoprazol oder Omeprazol ersetzt. Welche Alternative bevorzugt wird, hängt vom Rabattvertrag der Kasse ab.

Therapeutisch vergleichbar sind alle drei Präparate. Sollten patientenindividuelle Probleme dagegen sprechen – so genannte „Complianceprobleme“ – kann der Arzt durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes eine Substitution verhindern. Aut idem („oder gleiches“) würde zu aut simile („oder ähnliches“) erweitert. Die Firmen stünden – genau wie Generikaanbieter derzeit – in echtem Wettbewerb. Vielleicht bewegen sich dann die von den Herstellern im patentgeschützten Markt selbst festgelegten Preise auf ein wettbewerbles und gleichsam ein systemverträgliches Maß.

Kontakt:

Renate Bayaz | Tel: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Rezepte zur Ressourcenschonung

Die Analysen des aktuellen Arzneiverordnungs-Reports zeigen, dass bei den Medikamenten-Ausgaben weitere Sparpotenziale bestehen. Rabattverträge und Me-too-Listen helfen, sie auszuschöpfen. Von Valentina Coca und Katrin Nink

Im Mai 2006 trat das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung (AVWG) in Kraft. Während die Ausgaben für Medikamente im ersten Quartal 2006 noch um knapp elf Prozent zugenommen hatten, stiegen sie im Gesamtjahr 2006 lediglich um 1,8 Prozent auf 25,9 Milliarden Euro. Dazu hat das AVWG mit der Absenkung der Festbeträge, der Zahlungsbefreiung für Präparate mit Preisen 30 Prozent unter dem Festbetrag, der Einführung eines Generika-Abschlags in Höhe von zehn Prozent und dem zweijährigen Preisstopp für Arzneimittel wesentlich beigetragen. Dennoch: Der Trend zur Verordnung anderer teurerer Produkte hielt an und verursachte ein Umsatzplus von rund 909 Millionen Euro. Erste Analysen des Jahres 2007 zeigen, dass sich die Ausgaben für Arzneien wieder stärker nach oben entwickeln – im ersten Halbjahr stiegen sie bereits um fünf Prozent.

Sparpotenziale nutzen. Doch die Analysen des aktuellen Arzneiverordnungs-Reports (AVR) weisen auf Effizienzreserven hin. Knapp 3,3 Milliarden Euro hätten im Jahr 2006 ohne Qualitätsverlust in der Therapie eingespart werden können. Das sind immerhin 13,8 Prozent des Gesamtumsatzes für Fertigarzneimittel (23,7 Milliarden Euro). Voraussetzung hierfür ist, dass die Ärzte konsequent preiswerte wirkstoffgleiche Generika anstelle teurer Originalpräparate verordnen (Sparpotenzial: 1,3 Milliarden Euro), dass sie auf die Verordnung teurer patentgeschützter Analogsubstanzen verzichten und stattdessen preiswerte Generika des bereits patentfreien, ursprünglich innovativen Wirkstoffs verschreiben (Sparpotenzial: 1,3 Milliarden Euro) und dass sie keine

Medikamente mehr verschreiben, deren Wirkung als umstritten gilt (Sparpotenzial: 0,6 Milliarden Euro).

Praktische Hilfe für Ärzte. Dass die Analysen des AVR praktischen Nutzen haben, zeigen Erfahrungen aus Nordrhein. Hier haben Kassen und Kassenärztliche Vereinigung arztbezogene Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele bezüglich der Generika und Analogpräparate festgelegt. Hilfestellung leistet eine „Me-too-Liste“ mit Präparaten, für die preiswertere, qualitativ gleichwertige Alternativen verfügbar sind. In Nordrhein ist im Jahr 2006 der Arzneimittelumsatz je GKV-Versichertem um 2,6 Prozent gesunken. Im Bundesdurchschnitt stieg er gleichzeitig um knapp ein Prozent. Dies ist hauptsächlich auf den Rückgang bei gelisteten Analogpräparaten zurückzuführen – er belief sich auf 23 Prozent.

Mit den Rabattverträgen steht den Kassen ein weiteres Instrument zur Ver-

besserung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung. Vom Generika-Sparpotenzial entfallen mehr als 70 Prozent auf die Preisunterschiede zwischen gleichen Nachahmer-Präparaten. Die aktuelle Gesundheitsreform verpflichtet die Apotheker zur Abgabe wirkstoffgleicher Produkte, für die eine Kasse mit einem Hersteller einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Die meisten Kassen haben zwischenzeitlich Verträge mit Herstellern abgeschlossen. Welche Auswirkungen dieses Instrument auf Preise und Ausgaben hat, müssen die Analysen der nächsten Jahre zeigen. ■

Valentina Coca ist Trainee und **Katrin Nink** Projektleiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).
Kontakt: Katrin.Nink@wido.bv.aok.de

MEHR INFOS:
Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2007,
Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

