

# **Einladung zur Pressekonferenz**

## **Arzneiverordnungs-Report 2005**

### **Arzneimittelausgaben 2004 erfolgreich gesenkt – Neuanstieg vorprogrammiert?**

#### **Analysen und Ausblicke auf die Marktentwicklung**

**Am Freitag, 14. Oktober 2005, 10.30 Uhr**  
**Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40**  
**(Anfahrt über Reinhardstr. 55), 10117 Berlin-Mitte**

Seit 1985 wird der deutsche Arzneimittelmarkt im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report analysiert. Auf der Basis von 400 Millionen Kassenrezepten im Jahr 2004 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 in wichtigen Arzneimittelgruppen. Im Spannungsfeld von Politik, Ärzten und Krankenkassen schafft er Transparenz im Arzneimittelmarkt.

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, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe
Ulla Schmidt	Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
K.-Dieter Voß	Vorstandsmitglied des BKK Bundesverbandes
Dr. med. Leonhard Hansen	Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

**Kontakt und Information:** Renate Bayaz | Springer | Corporate Communications  
Tel.: 06221/487-8531 | Tiergartenstr. 17, 69121 Heidelberg | Mail: [renate.bayaz@springer-sbm.com](mailto:renate.bayaz@springer-sbm.com)

## Pressemitteilung

# Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erfolgreich gesenkt

**Dramatischer Neuanstieg um über zwanzig Prozent für 2005 befürchtet /  
Arzneiverordnungs-Report mit Ausblick auf Arzneimittelmarkt/  
Schwerpunktthema: Arzneiverordnungen im Kindesalter**

Berlin, 14. Oktober 2005

2004 war das bisher erfolgreichste Jahr bei der Senkung der Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit einem über zehnpromtigen Rückgang sank der Bruttoumsatz für Fertigarzneimittel um nahezu 2,5 Mrd. Euro von 24,1 Mrd. Euro im Jahre 2003 auf 21,7 Mrd. Euro in 2004. Noch drastischer lässt sich der Rückgang bei den verordneten Packungen beziffern. Wurden 2003 noch 749 Mio. Packungen verordnet, gingen diese Zahlen um fast ein Viertel auf 570 Mio. Packungen zurück. Das über viele Jahre überproportionale Wachstum des Arzneimittelsektors konnte so gebremst werden, dass der Ausgabenanteil für Arzneimittel an den GKV-Leistungsausgaben auf 15,6 Prozent zurückging. Damit liegen die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel mit 21,8 Mrd. Euro unter den Kosten für ärztliche Behandlungen (23,0 Mrd. Euro). Ausschlaggebend für den Erfolg der rückläufigen Arzneimittelausgaben sind die Auswirkungen des 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG). Dennoch, so konstatieren die Herausgeber des Arzneiverordnungs-Report, ist für das erste Halbjahr 2005 ein dramatischer Neuanstieg um über zwanzig Prozent festzustellen. Der im Wissenschaftsverlag Springer erschienene *Arzneiverordnungs-Report 2005 (AVR)* der Herausgeber Prof. em. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath analysiert und bewertet die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen des Jahres 2004. Der Arzneitherapie bei Kindern ist in diesem Jahr ein besonderes Kapitel gewidmet. Der *Report* erscheint jährlich seit 1985.

Den größten Einfluss auf den Rückgang der Arzneimittelumsätze hatte der weitgehende Ausschluß von rezeptfreien Medikamenten aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen. Weitere wichtige Maßnahmen seitens des Gesetzgebers waren Änderungen der Zuzahlungsregelungen und der Arzneimittelpreisverordnung sowie die Erhöhung der Herstellerrabatte. Darüber hinaus kam die Erhöhung der Patientenzahlung sowie die Einführung der Praxisgebühr zum Tragen. „Allerdings werden einmalige Einsparungen wie zum Beispiel der Zusatzrabatt für Arzneimittel ohne Festbetrag (1 Mrd. Euro) und der Vorzieheffekt im Jahre 2005 wieder voll zu Buche schlagen“, betonte der Heidelberger Pharmakologe Schwabe auf der Berliner Pressekonferenz. Er verwies auf die Entwicklung des laufenden ersten Halbjahres mit einem Ausgabenanstieg von 20,5 Prozent. „Selbst bei absolut identischem Verordnungsverhalten ist ein hoher Sockelbetrag vorprogrammiert. Auf diesen Reboundeffekt müssen Ärzte wie Krankenkassen gefasst sein“, so Schwabe.

### Noch offene Einsparpotenziale

Trotz vieler Kostensenkungen gibt es noch immer ein großes Einsparpotenzial, das der *Arzneiverordnungs-Report* für 2004 auf 2,9 Mrd. Euro beziffert (Vorjahr 4,5 Mrd. Euro). Für die Generika haben die Herausgeber Wirtschaftlichkeitsreserven von 1,1 Mrd. Euro (Vorjahr 1,45 Mrd. Euro) errechnet. Bei den Analogpräparaten sind die Einsparpotenziale von 2,0 Mrd. (2003) auf 1,2

Mrd. Euro zurückgegangen. Ursache dafür ist die Tatsache, dass durch die neue Arzneimittelpreisverordnung teure Präparate billiger und preiswerte Generika teurer wurden. Bei den umstrittenen Arzneimitteln berechneten die Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports 2005 ein Einsparpotenzial von 600 Mio. Euro gegenüber 1,0 Mrd. im Vorjahr.

Im diesjährigen Arzneiverordnungs-Report werden erstmals die führenden Arzneimittelhersteller mit ihrem Produktsortiment, ihren Preise sowie ihren Einsparpotenzialen des Jahres 2004 präsentiert. „Der Arzneiverordnungs-Report bietet den Krankenkassen eine Entscheidungsgrundlage, ob sich Vertragsverhandlungen mit einzelnen Pharmaherstellern überhaupt lohnen und der jeweilige Hersteller ein interessanter Vertragspartner für einen Rabattvertrag darstellt“, so Herausgeber Paffrath.

### **Qualität der kinderärztlichen Arzneitherapie**

Trotz großer Fortschritte gibt es bei Kindern immer noch erkennbare Defizite in der Anwendung und Prüfung von Arzneimitteln. Im Vordergrund steht das in der Kinderheilkunde seit langem bekannte Problem der Anwendung von Medikamenten außerhalb der Zulassung (Off Label Use). Noch häufiger werden bei Kindern in der ambulanten Therapie Arzneimittel eingesetzt, die zwar für diese Altersgruppe zugelassen sind, aber keine ausreichende Evidenz für einen therapeutischen Nutzen haben. Dazu gehören vor allem rezeptfreie Medikamente aus den Gruppen der Expektorantien (schleimlösende Mittel), Rhinologika (Nasentropfen), Magen-Darm-Mittel und Dermatika (zur Hautbehandlung). Für das Jahr 2004 berechnet der Arzneiverordnungs-Report für Kinder und Jugendliche 71,3 Mio. Verordnungen mit einem Umsatzvolumen von 1,01 Mrd. Euro. Mit diesem Anteil von 4,7 Prozent an den gesamten Arzneimittelausgaben benötigen Kinder deutlich weniger Arzneimittel als Erwachsene.

Der Report beschreibt jährlich die Einführung neuer Medikamente, bewertet den therapeutischen Nutzen, berechnet die Kosten und gibt Ärzten konkrete Verordnungsempfehlungen. Dank der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland als Projektträger des GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) stehen jährlich die entsprechenden Arzneimittelverordnungsdaten zur Verfügung. Auf der Basis von 400 Millionen kassenärztlichen Rezepten analysiert der Report die Verordnungs- und Umsatzentwicklung und formuliert neue Therapie-Trends. Konkrete Wirkstoffgruppen und Präparate werden in 46 pharmakologischen Kapiteln dargestellt. Ärzten steht damit ein Hilfsmittel zur Verfügung, um eine Verordnung nach therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten treffen zu können. In den marktbezogenen Kapiteln werden unter anderem die ökonomischen Auswirkungen der GMG beschrieben, wie auch die 3.000 führenden Präparate im Arzneimittelmarkt 2004 mit ihren Verordnungen und Umsätzen gelistet. Der *Arzneiverordnungs-Report* gilt als Standardwerk und genießt hohe Anerkennung in allen wichtigen Gremien und Verbänden, die sich mit Fragen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik in Deutschland beschäftigen. In Europa gibt es bislang keine vergleichbare wissenschaftliche Bewertung von Arzneimittelverordnungen.

Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath (Hrsg.)

#### **Arzneiverordnungs-Report 2005**

Aktuelle Daten, Kosten; Trends und Kommentare  
Springer 2006. 1235 S., 60 Abb.,  
Broschiert, EUR 34,95; ISBN 3-540-28368-4

#### **Kontakt:**

Renate Bayaz, Springer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,  
Tel.: 06221/ 487-8531, E-mail: rena.te.bayaz@springer-sbm.com

# Pressekonferenz 14. Oktober 2005

Grafiken aus *Arzneiverordnungs-Report 2005*

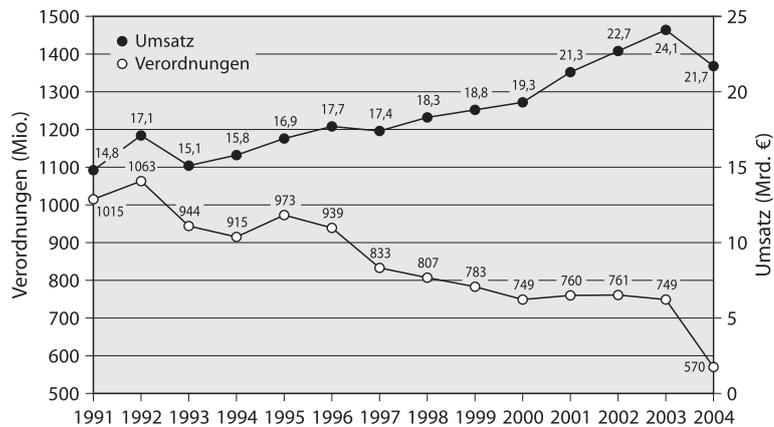


Abbildung 1.1  
(Seite 4)

Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1991 bis 2004 im GKV-Fertigarzneimittelmarkt (ab 2001 mit neuem Warenkorb)

**Arzneiverordnungs-Report 2005**  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006

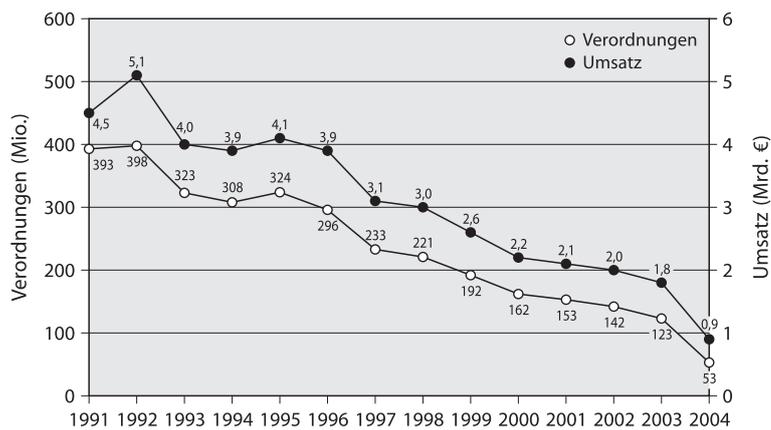


Abbildung 1.8  
(Seite 27)

Verordnungen und Umsatz umstrittener Arzneimittel 1991 bis 2004

**Arzneiverordnungs-Report 2005**  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006

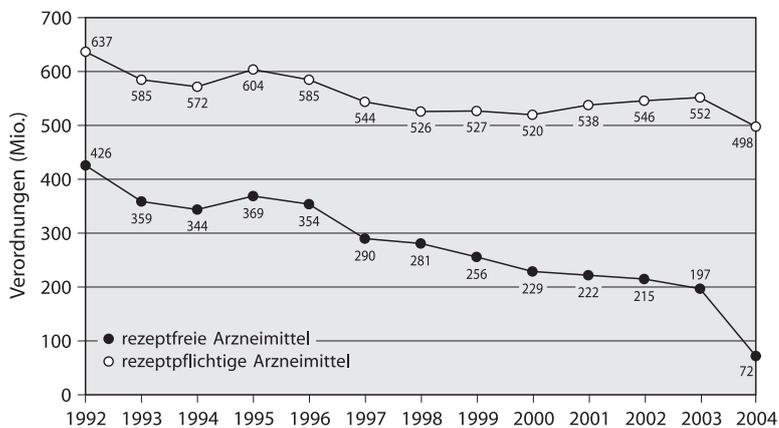


Abbildung 3.1  
(Seite 109)

Zeitverlauf der Verordnungen rezeptpflichtiger und rezeptfreier Arzneimittel von 1992 bis 2004

**Arzneiverordnungs-Report 2005**  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006

# Pressekonferenz 14. Oktober 2005

Tabellen aus *Arzneiverordnungs-Report 2005*

**Tabelle 1.4:** Entwicklung der Einsparpotentiale durch Substitution von Analogpräparaten mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen 2004.

Arzneimittelgruppen	Umsatz Mio. € 2004	Einspar- potential Mio. € 2003	Einspar- potential Mio. € 2004	Änderung Mio. €
<b>Präparategruppen mit sinkenden Potentialen</b>				
Calciumantagonisten, Dihydropyridine	335,5	301,0	145,7	-155,3
ACE-Hemmer, lang wirkend	272,9	134,8	22,2	-112,6
Statine	504,8	354,8	277,6	-77,3
ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen, lang wirkend	200,7	86,9	20,3	-66,6
Schleifendiuretika	117,1	86,3	20,6	-65,7
Betarezeptorenblocker, Herzinsuffizienz/Hypertonie	86,8	77,8	19,6	-58,1
Antidiabetika, insulinotrop	128,1	120,8	70,3	-50,4
Follitropine	25,3	60,9	14,2	-46,6
Antihistaminika, wenig sedierend	80,6	33,1	2,0	-31,1
Thiaziddiuretika	40,8	36,9	10,7	-26,2
Nichtsteroidale Antiphlogistika, systemisch	225,4	70,5	47,2	-23,3
Antidepressiva, SSRI	198,0	135,6	117,1	-18,5
Betarezeptorenblocker, Hypertonie	393,7	101,3	85,4	-15,9
Alpharezeptorenblocker, Urologika	163,0	41,9	26,3	-15,6
Protonenpumpenhemmer	549,8	214,9	200,1	-14,9
Antidepressiva, trizyklisch	137,1	63,8	49,5	-14,2
Glucocorticoide, systemisch	43,5	24,2	14,7	-9,5
Glucocorticoide, inhalativ	67,3	20,0	11,0	-9,0
Nitrate	94,8	27,3	19,3	-8,0
Tranquillantien, lang wirkend	13,0	10,1	4,9	-5,2
Calciumantagonisten, Verapamil und Diltiazemtyp	25,6	12,6	7,5	-5,0
Antimykotika, topische	1,9	5,3	0,7	-4,6
Oralpenicilline	5,3	4,5	1,5	-3,0
Triptane	68,4	13,5	10,8	-2,8
Tranquillantien, mittellang wirkend	49,3	4,0	1,5	-2,5
Benzodiazepinhyponotika, lang wirkend	11,4	3,9	1,4	-2,5
Tetracycline	10,1	3,8	1,7	-2,1
Thyreostatika	8,9	0,8	-0,6	-1,4
Glaukummittel, Betarezeptorenblocker	7,2	2,2	1,1	-1,1
H <sub>2</sub> -Rezeptorantagonisten	9,4	0,8	0,6	-0,2
Rhinologika, glucocorticoidhaltige	39,7	2,6	2,5	-0,1
Summe der gesunkenen Potentiale	3.915,6	2.056,8	1.207,3	-849,4
<b>Präparategruppen mit steigenden Potentialen</b>				
Glaukummittel, Prostaglandinderivate	66,4	12,6	13,0	0,4
Digoxinderivate	31,6	-1,3	-0,8	0,5
Summe der gestiegenen Potentiale	98,0	11,4	12,2	0,9
<b>Gesamtsumme</b>	<b>4.013,6</b>	<b>2.068,1</b>	<b>1.219,6</b>	<b>-848,5</b>

Tabelle 1.4  
(Seite 21)

# Pressekonferenz 14. Oktober 2005

Tabellen aus *Arzneiverordnungs-Report 2005*

**Tabelle 1.8:** Entwicklung der Einsparpotentiale durch Generika, Analogpräparate und umstrittene Arzneimittel im Jahr 2004

Arzneimittelgruppe	Umsatz 2003 Mio. €	Umsatz 2004 Mio. €	Differenz Mio. €
<b>Generikafähige Wirkstoffe</b>			
Umsatz aller generikafähigen Wirkstoffe	10.818,1	10.600,1	-218,0
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	44,8 %	48,9 %	
Gesamtumsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	9.527,3	9.890,3	
Preisgünstigster Umsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	8.072,4	8.830,2	
Einsparpotential	1.454,9	1.060,0	-394,9
<b>Analogpräparate</b>			
Gesamtumsatz	4.781,2	4.013,6	-767,7
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	19,8 %	18,5 %	
Umsatz nach generischer Substitution	4.424,0	3.722,9	
Umsatz nach Wirkstoffsubstitution	2.420,0	2.503,3	
Einsparpotential	2.004,0	1.219,6	-784,5
<b>Umstrittene Arzneimittel</b>			
Gesamtumsatz	1.762,1	917,2	-844,9
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	7,3 %	4,2 %	
Substitution durch wirksame Arzneimittel	743,3	274,0	
Einsparpotential	1.018,8	643,2	-375,6
Gesamtsumme der Einsparpotentiale	4.477,7	2.922,8	-1.554,9
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	18,6 %	13,5 %	

Tabelle 1.8  
(Seite 33)

## **Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2005***

14. Oktober 2005 in Berlin

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

**Es gilt das gesprochene Wort!**

### **Kontrolle der Arzneimittelausgaben mit Reboundeffekt**

Der Arzneimittelsektor wird von einem dramatischen Ausgabenanstieg um 20,5% im ersten Halbjahr 2005 beherrscht. Alle anderen Ausgabenbereiche der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verzeichnen nur moderate Zunahmen. Die Folge sind gegenseitige Schuldzuweisungen von Politik, Ärzten und Krankenkassen. Viel besser wäre es jedoch, die neuerliche Kostenexplosion zu analysieren und mit soliden Daten Entscheidungen zu treffen.

Mit dem neuen Arzneiverordnungs-Report wollen wir dazu beitragen, die Diskussion zu versachlichen. Denn viele aktuelle Entwicklungen des Arzneimittelmarktes sind durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vorgeprägt. Wir möchten daher zunächst die Verordnungsentwicklung des Jahres 2004 erläutern und erst danach den diesjährigen Kostenanstieg kommentieren.

### **Kostensenkung durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz**

2004 war das bisher erfolgreichste Jahr für die Senkung der Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Fertigarzneimittelumsatz ist auf 21,7 Mrd. € (-10,2%) zurückgegangen und liegt damit um 2,5 Mrd. € unter dem bisherigen Höchstwert von 24,1 Mrd. € im Jahre 2003. Selbst nach der Einführung des Arzneimittelbudgets im Jahre 1993 hatte der Arzneimittelumsatz nur um 2,1 Mrd. € abgenommen. Noch stärker ist der Rückgang der Verordnungen auf 570 Mio. Packungen (-24%).

Die massive Reduktion der Arzneimittelkosten hat wesentlich dazu beigetragen, daß die Gesamtausgaben der GKV 2004 auf 140,2 Mrd. € (Vorjahr 145,1 Mrd. €) zurückgegangen sind und daß ein Überschuß von 4,0 Mrd. € erwirtschaftet wurde. Auch der Anteil der Arzneimittel an den GKV-Leistungsausgaben hat 2004 auf 15,6% (Vorjahr 16,7%) abgenommen. Mehrere gesetzliche Regelungen haben die Verordnungsentwicklungen des Jahres 2004 maßgeblich beeinflußt.

Den größten Einfluß hatte der grundsätzliche Ausschluß rezeptfreier Arzneimittel aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Umsatzvolumen dieses Arzneimittelsektors ist 2004 um 67% auf 705 Mio. € (Vorjahr 2,1 Mrd. €) ge-

fallen. Damit sind über die Hälfte der erzielten Einsparungen durch die Minderverordnung rezeptfreier Arzneimittel realisiert worden. Zugleich ist durch diesen Markteingriff die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung verbessert worden, da überwiegend rezeptfreie Arzneimittel mit umstrittener therapeutischer Wirksamkeit weniger verordnet wurden. Weitere wichtige Elemente der Kostensenkung waren ein zusätzlicher Kassenrabatt für Arzneimittel ohne Festbetrag, erhöhte Zuzahlungen und die erstmalige Einführung einer Praxisgebühr. Allerdings werden einmalige Einsparungen wie zum Beispiel der Zusatzrabatt für Nichtfestbetragsarzneimittel (1 Mrd. €) im Jahre 2005 wieder voll zu Buche schlagen, so daß selbst bei absolut identischem Verordnungsverhalten ein hoher Sockeleffekt vorprogrammiert ist. Das erklärt den starken Reboundeffekt, mit dem Ärzte und Krankenkassen aktuell konfrontiert sind.

## Einsparpotentiale

Trotzdem gibt es weitere Einsparpotentiale bei der Arzneimittelversorgung. Durch die Regelungen des GMG sind die Wirtschaftlichkeitsreserven im Jahre 2004 auf 2,9 Mrd. € (Vorjahr 4,5 Mrd. €) zurückgegangen. Sie verteilen sich auf folgende Sektoren:

- Bei den **Generika** liegen weiterhin Kostenreserven von 1,1 Mrd. €.
- Bei den **Analogpräparaten** sind die Einsparpotentiale auf 1,2 Mrd. € (Vorjahr 2,0 Mrd. €) zurückgegangen. Ursache ist vor allem die neue Arzneimittelpreisverordnung, die teure Präparate verbilligt und preiswerte Generika verteuert.
- Die Einsparpotentiale der **umstrittenen Arzneimittel** haben kräftig auf 600 Mio. € (Vorjahr 1,0 Mrd. €) abgenommen. Die Kassenärzte haben hier in den vergangenen 10 Jahren Einsparungen von insgesamt 4,2 Mrd. € erzielt.

Darüber hinaus sind bei zwei Arzneimittelgruppen Sonderentwicklungen eingetreten, die 2004 begannen und 2005 zu zusätzlichen Umsatzrückgängen geführt haben. Es handelt sich um die Marktrücknahme der beiden COX-2-Hemmer Vioxx<sup>®</sup> (September 2004) und Bextra<sup>®</sup> (April 2005), wodurch Umsätze von 170 Mio. € ausgefallen sind. Weiterhin ist der Cholesterinsenker Atorvastatin (Sortis<sup>®</sup>) seit 2005 praktisch vom Markt verschwunden, da sich die Herstellerfirma geweigert hat, den Preis auf den Festbetrag zu senken (Umsatzverlust 340 Mio. €, Einsparung 170 Mio. €).

Das sind nur zwei prägnante Beispiele für unnötige Nebenwirkungen und Kosten durch gezielte Desinformation marktbeherrschender Pharmafirmen. Es gibt aber viele Arzneimittel, die nur marginale Vorteile bei erheblich höheren Kosten haben.

Lassen Sie mich noch ein weiteres Beispiel nennen, wo ähnliche Irritationen vorprogrammiert sind. Die neuen Insulinanaloga sind 50–80% teurer als natürliches Humaninsulin, obwohl nach einem aktuellen Cochrane-Review nur marginale Vorteile belegt sind. Es wird daher ausdrücklich eine vorsichtige Reaktion auf die massive Promotion der Insulinanaloga empfohlen. Jetzt planen die Insulinhersteller die Einführung von inhalierbaren Insulinen, die wiederum keine Vorteile in der Diabeteseinstellung haben, aber sogar dreifach teurer als die injizierbaren Insuline sein sollen. Selbst wenn nur ein Drittel der Insulinverordnungen auf die inhalativen Präparate umgestellt wird, steigen die Kosten um 1 Mrd. €.

Angesichts solcher Kostensteigerungen durch zweifelhafte Innovationen sollten wir jedoch nicht nach weiteren Kostenverlagerungen auf die Patienten rufen. Die Ärzteschaft sollte sich auf ihre eigenen Fähigkeiten einer rationalen Arzneitherapie besinnen. Hier meine ich nicht nur niedergelassene Kollegen, die tagtäglich von einer mas-

siven Informationsflut der Pharmaindustrie überrollt werden, sondern vor allem unsere klinischen Kollegen, die als Meinungsführer durch Vorträge, Kongresse und Studien häufig nicht die gebotene Distanz zu Herstellerinteressen wahren. Vioxx<sup>®</sup>, Lipobay<sup>®</sup> und Sortis<sup>®</sup> sollten uns eine Mahnung sein, daß die Pharmaindustrie Fakten vertuscht, um Gewinne zu machen. Arzneimittelhersteller tun sich keinen Gefallen, wenn sie für kurzfristige Marketingerfolge ihre Glaubwürdigkeit aufs Spiel setzen. Immer deutlicher regt sich Widerstand gegen solche Methoden.

## **Ausblick**

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat sich in seinem Jahresgutachten konkret mit der Beeinflussung des Ordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie beschäftigt. Insbesondere kritisiert er das Verschweigen von Studienergebnissen, die Durchführung von Beobachtungsstudien und die Finanzierung von Selbsthilfegruppen. Noch deutlicher wird der Einfluß der pharmazeutischen Industrie in einem Untersuchungsbericht des britischen Unterhauses vom 22. März 2005 geschildert ([www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf](http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf)). Wesentliche Kritikpunkte sind die Marketingmethoden bei der Einführung neuer Arzneimittel.

Bisher haben wir zur besseren Kostensteuerung eine durchgängige prozentuale Selbstbeteiligung für Patienten vorgeschlagen. In der gegenwärtigen Situation sind aber weitere Änderungen denkbar, um die überbordenden Marketingmethoden zu limitieren:

- Abschaffung von Arzneimittelmustern
- Gleiche Arzneimittelpreise in Krankenhäusern und Apotheken
- Verbot der Durchführung von Beobachtungsstudien
- Meldepflicht von Arzneimittelnebenwirkungen ausschließlich an ärztliche Institutionen
- Herstellerunabhängige Fortbildung

Als erstes möchten wir natürlich allen Ärzten den neuen Arzneiverordnungs-Report empfehlen. Dort beschreiben wir jedes Jahr die Neueinführungen, bewerten den therapeutischen Nutzen, berechnen die Kosten und geben konkrete Empfehlungen zur Anwendung. Mit unseren Bemühungen um Transparenz haben wir in einigen Sektoren des Arzneimittelmarktes Erfolg gehabt. In anderen Bereichen arbeiten wir daran und hoffen, daß unser vor 21 Jahren gestartetes Projekt auch dort zu Verbesserungen führt.

## **Kontakt:**

Renate Bayaz, Springer, Corporate Communications,  
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: [renate.bayaz@springer-sbm.com](mailto:renate.bayaz@springer-sbm.com)

## **Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2005***

14. Oktober 2005 in Berlin

Statement von Dr. rer. soc. Dieter Paffrath, Dortmund/Kiel

**Es gilt das gesprochene Wort!**

### **Arzneimittelausgaben in 2004 stark gesunken – aktuelle Steigerungsraten gefährden Beitragsstabilität**

Die Entwicklung des Arzneimittelmarktes 2004, die wir im *Arzneiverordnungs-Report 2005* differenziert analysieren, zeigt: Das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) hat gewirkt und hat den Krankenkassen bei den Arzneimittelausgaben eine Atempause verschafft. Der neuerliche dramatische Anstieg im Jahr 2005 macht aber deutlich, dass weitere, nachhaltige Instrumente erforderlich sind.

#### **Deutliche Ausgabenrückgänge im Jahr 2004**

Die gute Nachricht lautet: Das GMG hat gewirkt! Im Jahr 2004 sind die Arzneimittelausgaben um knapp 11 % gesunken und lagen um 2,5 Mrd. € unter den Ausgaben des Vorjahres. Dieser Rückgang ist in erster Linie auf drei Maßnahmen des GMG zurückzuführen:

- Der weitgehende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV hat zu einer Nettoentlastung der GKV um 1,1 Mrd. € geführt
- Die Erhöhung der Zuzahlung durch Einführung einer 10%igen Eigenbeteiligung der Patienten je Packung, mindestens 5 € und höchsten 10 € sowie die Neuregelung der Befreiungsmöglichkeiten hat zu einem Anstieg der Zuzahlungen um 470 Mio. € geführt.
- Die auf das Jahr 2004 begrenzte Erhöhung des Herstellerrabatts von 6 % auf 16 % bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, für die es keinen Festbetrag gibt, hat die Krankenkassen um 1 Mrd. € entlastet

Dies sind die Haupteffekte des GMG. Daneben haben auch die Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung von einem prozentualen Apothekenaufschlag auf einen Fixzuschlag je abgegebener Packung sowie die neu eingeführte Praxisgebühr eine Rolle gespielt. Insgesamt ist die Anzahl der ärztlichen Verschreibungen zu Lasten der GKV um fast ein Viertel zurückgegangen. Hier ist insbesondere der genannte Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel bedeutsam.

Um die Strukturentwicklung des GKV-Marktes genauer analysieren zu können, schauen wir nun detaillierter auf die Entwicklung des **Bruttoumsatzes im verschreibungspflichtigen Marktsegment**. Damit kann die Entwicklung losgelöst von den Maßnahmen des GMG betrachtet werden. Hierbei unterscheiden wir zwischen Mengen-, Preis- und Strukturentwicklung:

- Die **Verordnungshäufigkeit**, also die Zahl der ärztlichen Verschreibungen, ist 2004 bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln um 9,7 % zurückgegangen, was einem umsatzmindernden Effekt von 2,2 Mrd. Euro entspricht. Hierbei muss der so genannte Vorzieheffekt berücksichtigt werden: Die Patienten haben sich angesichts der neuen gesetzlichen Regelungen bereits in den letzten Monaten des Jahres 2003 mit Arzneimitteln versorgt, was zu Verschiebung eines Umsatzvolumens von 630 Mio. € in das Jahr 2003 geführt hat, das sonst in 2004 zu Buche geschlagen wäre.
- Die **Preiskomponente** im verschreibungspflichtigen Segment betrug –4,6 % und hat damit zu einem Umsatzrückgang von 1 Mrd. € geführt, was wesentlich der geänderten Arzneimittelpreisverordnung, dem System der Festbeträge sowie dem bis Ende 2004 wirksamen Preismoratorium zu verdanken ist.
- Entscheidend ist aber, dass auch in 2004 wie in den Vorjahren die **Strukturentwicklung** mit +10,6 % bzw. einer Umsatzsteigerung von 2,2 Mrd. € bei verschreibungspflichtigen Medikamenten wirksam wurde. Dies bedeutet eine ungebremste Verschiebung hin zur Verordnung teurerer Arzneimittel.

### **Dramatischer Ausgabenanstieg im Jahr 2005 belastet die Krankenkassen**

Im Jahr 2005 sehen wir uns mit einem erneuten erheblichen Kostenanstieg konfrontiert. So sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen im ersten Halbjahr 2005 um mehr als 20 % gestiegen. Ein Teil dieses Anstiegs lässt sich dadurch erklären, dass einige Maßnahmen des GMG nur für 2004 gegolten haben, wie z. B. der erhöhte Herstellerabschlag. Für das Gesamtjahr 2005 bedeutet das allein zusätzliche Kosten für die GKV in Höhe von rund 900 Mio. €. Diese können in 2005 nur zum Teil durch die neuen Festbeträge, in die nach dem GMG auch wieder patentgeschützte Analogwirkstoffe eingeschlossen werden können, kompensiert werden. Der Anstieg der Verordnungszahlen um knapp 4 % im ersten Halbjahr 2005 lässt sich sicherlich zum Teil auf den Vorzieheffekt zurückführen. Vor allem aber beobachten wir erneut eine hohe Strukturkomponente von +6,5 %: Hochgerechnet auf das Jahr 2005 werden danach erneut teurere Arzneimittel im Umfang von 1,4 Mrd. € von den Ärzten verordnet.

Man muss bedenken, dass eine Steigerungsrate bei Arzneimitteln von 20 % für die GKV etwa 4 Mrd. € bzw. 0,4 Beitragssatzpunkten entspricht. Das sind Dimensionen, die die GKV wohl kaum aus Reserven abpuffern kann. Dadurch werden sie unmittelbar beitragsatzrelevant. Mit anderen Worten: Ich sehe die Gefahr flächendeckender Beitragssatzerhöhungen Anfang 2006, wenn nicht noch in diesem Jahr gegengesteuert wird.

### **Welche Handlungsansätze bestehen?**

Die Analysen des Arzneiverordnungs-Reports geben Hinweise, wo Instrumente der Kostendämpfung ansetzen können:

- Eine schnell wirksame Maßnahme wäre die dauerhafte Etablierung eines **Solidarbeitrags der pharmazeutischen Industrie** – die nach wie vor von der hohen Strukturkomponente profitiert – etwa in Form des wieder erhöhten Herstellerrabatts.
- Die **Apothekervergütung** sollte kritisch überprüft werden. Die Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf einen Fixzuschlag hat insofern positive Wirkung als die Apotheker nun nicht mehr von dem Trend zu teureren Verordnungen profitieren. Dennoch zeigt der Arzneiverordnungs-Report, dass die Apotheker zu den Gewinnern der Reform gehören. Über eine Reduzierung des Fixzuschlages (derzeit 8,10 € pro Packung) sollte daher nachgedacht werden.
- Langfristig hat sich das System der **Festbeträge** als wirksames Instrument der Kostensenkung bewährt und mit den neuen Regelungen des GMG, nach denen auch patentgeschützte Analogwirkstoffe in die Gruppen eingeschlossen werden können, an Zugkraft gewonnen. Diese Neuregelung des GMG muss gegen jegliche Angriffe verteidigt werden.
- Ferner ist über die von uns immer wieder geforderte Rückkehr zu weiterentwickelten Formen von **Arzneimittelbudgets** für die kassenärztlichen Vereinigungen nachzudenken, denn letztlich liegt angesichts der seit Jahren unbeeindruckt steigenden Strukturkomponente der Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit offenbar in der Hand der Ärzte.
- Schließlich muss darüber nachgedacht werden, wie mit dem Problem überbordender Naturalrabatte bei Apotheken umgegangen werden soll. Meines Erachtens müssen Teile der Naturalrabatte (z.B. 50 %) an die Krankenkassen weitergeleitet werden.

Die Daten, auf denen der neue Arzneiverordnungs-Report beruht, haben uns wie in den Vorjahren die Projektträger des GKV-Arzneimittelindex freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Ich möchte daher an dieser Stelle allen beteiligten Institutionen nochmals herzlich danken. Vor 25 Jahren wurde dieses Projekt unter einer wohl einmaligen gemeinsamen Projektträgerschaft gegründet und sorgt seither für Transparenz im deutschen Arzneimittelmarkt. Dabei möchte ich auch nicht unerwähnt lassen, dass dieses Transparenzprojekt seinerzeit seinen Anfang im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) genommen hat und seither dort mit hoher Kompetenz durchgeführt wird. Ein besonderer Dank gilt daher dem Institut und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

**Kontakt:** Renate Bayaz, Springer, Corporate Communications,  
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: [renate.bayaz@springer-sbm.com](mailto:renate.bayaz@springer-sbm.com)



# Presse- mitteilung

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin  
TEL +49 (0)1888 441-2225  
FAX +49 (0)1888 441-1245  
INTERNET [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)  
E-MAIL [pressestelle@bmgs.bund.de](mailto:pressestelle@bmgs.bund.de)

Berlin, 14. Oktober 2005  
Nr. 235

## **Ulla Schmidt: Selbstverwaltung versagt bei der Ausgabensteuerung für Arzneimittel**

Zur Vorstellung des „Arzneiverordnungs-Report 2005“ erklärt Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt**:

„Der Report zeigt erneut die Unwirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelversorgung auf. Der Ausgabenrückgang im Arzneimittelbereich von rund 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2004 ist allein Folge der gesetzlichen Maßnahmen der Gesundheitsreform und des Beitragssatzsicherungsgesetzes. Diese haben von allen Beteiligten – Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Pharmagroßhandel und Arzneimittelherstellern – Opfer verlangt. Eine wirkliche Trendwende zu einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis bei den Arzneimittelverordnungen hat nicht stattgefunden.

In der Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung steht die Selbstverwaltung der Ärzteschaft und der Krankenkassen. Angesichts des erneuten Befundes von überflüssigen Kosten im Arzneimittelbereich ist es nunmehr höchste Zeit für eine vorurteilsfreie Bestandsaufnahme, was die Selbstverwaltung leisten kann und wo der Gesetzgeber neue strukturelle Lösungen schaffen muss. Wir werden es jedenfalls nicht hin-

nehmen, dass Gremien sich jahrelang mit sich selber beschäftigen und Pauschalforderungen nach außen stellen.

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsreform den Handlungsrahmen für die Selbstverwaltung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung ausgeweitet. Dennoch hat sich der Kostenanstieg für die Arzneimittel im Jahr 2005 wieder beschleunigt. Die Zuwachsrate bis einschließlich September 2005 erreicht rund 18 Prozent. So genannte Scheininnovationen, neudeutsch Me-too-Produkte, mit zweifelhaftem Nutzen, deren Ersetzung durch preiswerte Generika in diesem Arzneiverordnungs-Report vorgeschlagen wird, wachsen zweistellig. Noch im November letzten Jahres hatte die Selbstverwaltung sich selbst eine Zielgröße von 5,8 Prozent Ausgabenwachstum für das Jahr 2005 gesetzt. Tatsächlich ist diese Zielmarke um mehr als das dreifache verfehlt worden. Eine derartige Verfehlung eigener Ziele hätte in jedem anderen Wirtschaftsbereich für die Vorstände drastische Konsequenzen.

Wenn die bestehenden Verantwortlichkeiten der Selbstverwaltung weiter unzureichend wahrgenommen werden, wird der Gesetzgeber die Strukturen so verändern, dass gesetzte Ziele auch tatsächlich erreicht werden.“

Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports sind Prof. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath. Der Report erscheint bei Springer, Berlin, Heidelberg, ISBN 3-540-28368-4, Euro 34,95.

## **Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2005***

14. Oktober 2005 in Berlin

Statement von K.-Dieter Voß

Vorstand des BKK Bundesverbandes

**Es gilt das gesprochene Wort!**

### **Steigende Arzneimittel-Ausgaben fordern Selbstverwaltung und Politik**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich erstmals wieder seit Jahren an der öffentlichen Präsentation des Arzneiverordnungs-Reports. Gerichtlich wurde nämlich inzwischen der Vorwurf aus Industriekreisen mit aller Deutlichkeit zurückgewiesen, die Spitzenverbände nähmen als Träger des GKV-Arzneimittelindex und Datenlieferant wettbewerbsrelevanten Einfluss auf die Autoren und den Arzneiverordnungs-Report.

Dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Mitträgerschaft im GKV-Arzneimittelindex zum 31.12.2004 gekündigt hat und heute hier nicht mit am Tisch sitzt, bedauern die Spitzenverbände. Dadurch stehen ihr wesentliche Strukturinformationen zu den Eigenschaften von Fertigarzneimitteln für wichtige Informations- und Beratungsaufgaben, wie der Agenda 2005, nicht mehr in vollem Umfang zur Verfügung. Insoweit sind die Klagen der KBV, es fehlten notwendige Daten zur Steuerung der Arzneimittelausgaben, selbst verursacht. Die KBV ist jederzeit eingeladen, sich wieder am GKV-Arzneimittelindex zu beteiligen.

Meine Damen und Herren

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen und insbesondere die für Arzneimittel stehen unangefochten im Zentrum nationaler Gesundheitspolitik. Regelmäßige und überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen rufen ebenso regelmäßig den Gesetzgeber auf den Plan. Der jährlich erscheinende Verordnungs-Report erreicht mit seiner Analyse des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte sowie der Wirkungen gesetzlicher Regelungen stets große Aufmerksamkeit. Das Geschehen im Jahre 2004, das mit dem heute vorgestellten Report abgebildet wird, war geprägt durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz mit einer Reihe von Eingriffen in den Arzneimittelmarkt der GKV.

So bemerkenswert der Ausgabenrückgang 2004 in einer vergleichbaren Größenordnung wie zuletzt 1993 auch war, wurde er doch diesmal fast ausschließlich von

den Versicherten finanziert. Sie mussten höhere Zuzahlungen - auch in Form von Praxisgebühren - hinnehmen und auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der GKV verzichten. Zugeständnisse an die Industrie durch verminderte Abschläge – ab dem Jahr 2005 - sowie an die Apotheken durch eine höhere Vergütung offenbaren zugleich die relative Bedeutung von Gesundheitspolitik im Spannungsfeld mit Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik.

Der Besorgnis erregende Ausgabenanstieg in diesem Jahr hat in den Sommermonaten zu konstruktiven Bemühungen der GKV geführt, noch im laufenden Jahr eine Trendwende in der extremen Ausgabendynamik zu erreichen. Sie mündeten – wenig konstruktiv – leider nur in wechselseitigen Schuldzuweisungen zwischen Politik und Selbstverwaltung, aber auch innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen. Umsomehr freue ich mich, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen zwar spät aber nicht zu spät auf einen verantwortbaren Finanzrahmen für die Jahre 2005 und 2006 verständigt haben. Für das Jahr 2005 halten die Vertragspartner nunmehr gemeinsam ein Ausgabenvolumen von 22,7 Mrd. Euro für angemessen, um eine adäquate Arzneimittelversorgung sicherzustellen. Die Vorgabe für das Jahr 2006 geht von 23,8 Mrd. Euro aus, was einem Zuwachs von plus 4,8 Prozent entspricht.

Während die Spitzenverbände - wie schon in den vergangenen Jahren - die regelmäßig im Arzneiverordnungs-Report ausgewiesenen, rechnerisch ermittelten, maximalen Wirtschaftlichkeitsreserven als in dieser Höhe nicht erreichbare Potentiale relativieren, hat nun auch die KBV von ihrer milliardenschweren Forderung nach „leitliniengestütztem Versorgungsmehrbedarf“ Abstand genommen. Dies wohl in der zutreffenden Erkenntnis, dass Leitlinien die Optimalvorstellungen von Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften widerspiegeln und eher das medizinisch Machbare als das therapeutisch Notwendige und Finanzierbare beschreiben.

KBV und Spitzenverbände haben sich endlich auch auf konkrete Empfehlungen für Zielvereinbarungen auf der Landesebene verständigen können. Es gilt, das Bewusstsein insbesondere für eine am Patientennutzen orientierte therapeutische Substitution zu schärfen. Es ist notwendig, den seit Jahren ungebrochenen und in den jeweiligen Arzneiverordnungs-Reports beschriebenen Trend umzukehren, dass neue, teurere und patentgeschützte Analogpräparate die bewährten, gut untersuchten und oftmals patentfreien Leitsubstanzen ersetzen. Deshalb sind die indikations-spezifischen Kapitel des Reports, die eine Ergänzung in den inzwischen angelaufenen Nutzenbewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen finden, den verordnenden Ärzten dringend zur Lektüre empfohlen.

Im Kontext der im Jahr 2006 erwarteten Verordnung der Europäischen Union zur „Verbesserung der Arzneimittelsicherheit bei Kindern“ steht der Themenschwerpunkt des diesjährigen Reports „Arzneimittelverordnungen im Kindesalter“. Über die Hälfte der Verordnungen entfällt auf Arzneimittelgruppen zur Behandlung häufiger und alterstypischer Infektionen. Viele dieser Arzneimittel sind aber entweder für die pädiatrische Anwendung nicht zugelassen und werden „off-label“ eingesetzt, oder aber haben keine ausreichende Evidenz für einen therapeutischen Nutzen. Die Krankenkassen erwarten von der anstehenden europäischen Gesetzgebung substantielle Fortschritte in der Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dass es dazu eines Anreizsystems für die Industrie in Form verlängerten Patent- oder Datenverwertungsschutzes bedarf, ist wohl deren marktwirtschaftlicher Philosophie

geschuldet. Angesichts von 80 Millionen Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Union, die heute noch ähnlichen Risiken ausgesetzt sind wie vor 30 Jahren, als sich Arzneimittelkatastrophen gerade in der Kinderpopulation manifestierten, sind Forderungen dieser Art ethisch mehr als bedenklich.

Aufmerksamkeit verdient auch die Darstellung zur Rolle der pharmazeutischen Industrie mit interessanten Hinweisen auf Marktverflechtungen und Unternehmensstrategien. Die Ausführungen tragen zur Versachlichung der Diskussion um den Pharmastandort Deutschland bei. Multinationale Konzerne betreiben auf verschiedenen Ebenen eine geschickte Interessenpolitik und nutzen Anlässe, wie die Task Force Pharma und den Pharmadialog der Bundesregierung. So sind, wie in diversen Gutachten und auch durch den Sachverständigenrat im Gesundheitswesen verschiedentlich festgestellt, die Wettbewerbsschwächen der Pharmaindustrie eher hausgemacht. Statt in solide Grundlagenforschung zu investieren, wurde vielfach eine risikoarme Imitationsforschung bedient. Dabei sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland mit Blick auf einen schnellen Marktzutritt und eine unbehinderte Verordnungsfähigkeit im europäischen Vergleich einzigartig. Sie werden jedoch von interessierter Seite bewusst schlecht geredet.

Letztlich empfiehlt sich der Report auch als Lektüre für die neue Bundesregierung, in welchen Farben sie auch immer antreten mag. Gerade die Erfahrungen mit der Gesundheitsreform 2004 legen nahe, endlich von einer kurzatmigen Kostendämpfungspolitik Abstand zu nehmen und verlässliche Rahmenbedingungen mit weniger, aber aufeinander abgestimmten Instrumenten zu gestalten, die auch gerichtsfest umgesetzt werden können. Der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen muss wieder Regelungskontinuität gegeben und angemessene Zeit zur Umsetzung eingeräumt werden. Und auch die Industrie braucht Planungssicherheit für Forschungsinvestitionen. Zudem gilt es, eine Reihe von Fehlentwicklungen, z. B. Rabattgeschäfte auf den Handelsstufen und Preisstrategien bei Generika abzubauen und das multiple Geflecht von Vertrags- und Regelversorgung zu ordnen.

**Kontakt:** Renate Bayaz, Springer, Corporate Communications,  
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: [renate.bayaz@springer-sbm.com](mailto:renate.bayaz@springer-sbm.com)

## **Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2005***

14. Oktober 2005 in Berlin

Statement von Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

### **Es gilt das gesprochene Wort!**

Sehr geehrte Frau Schmidt,  
sehr geehrter Herr Professor Schwabe,  
meine sehr verehrten Anwesenden,

beinah rituell rechnen die Herausgeber des Arzneiverordnungsreports vor, wie wir rein rechnerisch die Kosten der medikamentösen Therapie verringern könnten, ohne dass die Versorgung leidet. Rund 2,8 Milliarden Euro hätten meine Kolleginnen und Kollegen einsparen können, haben die Autorinnen und Autoren des Reports errechnet. Das ist die graue Theorie. Zum Glück. Würden wir Ärzte diese Vorstellung in der Praxis umsetzen, dann würde es unseren Patientinnen und Patienten schlecht ergehen.

So stößt zum Beispiel der Einsatz von Generika irgendwo an Machbarkeitsgrenzen. Wenn Patienten ein günstiges Nachahmerpräparat nicht vertragen, können wir sie kaum darauf einstellen. Das ist übrigens auch nicht erst seit Erscheinen des letzten Reports bekannt, wird aber hartnäckig ignoriert. Fakt ist: Wir sind Weltmeister bei den Generikaverschreibungen! Wobei ich heftig die Mondpreispolitik der Generikahersteller kritisiere.

Wenn ich auf diese Defizite hinweise, bitte ich das nicht falsch zu verstehen. Es liegt im ureigensten Interesse der Ärzte im Bereich der Arzneimittel zu sparen. Denn die seit Jahren steigenden Ausgaben in diesem Bereich finanzieren wir Ärzte zum Teil durch Honorarverluste. Arzneimittel verschlingen inzwischen 17,3 Prozent der Gesundheitsausgaben, Tendenz steigend. Besonders bedrohlich: Im kommenden Jahr sollen wir für Überschreitungen der Ausgabenbudgets haften. In Nordrhein drohen die Kassen schon jetzt damit, Honorare im Jahr 2006 einbehalten zu wollen. Von rund 150 Millionen Euro ist die Rede. Das wäre das Aus für viele Praxen.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
seit Jahren arbeiten wir in Nordrhein gegen den Ausgabenanstieg. Dabei haben wir zusammen mit dem BKK-Landesverband NRW den Beweis erbracht, dass die geäußerten Spar-Erwartungen völlig übertrieben sind.

Im nordrheinischen Projekt „Pharmakotherapieberatung“ haben wir Ärzte mit hohen Umsätzen intensiv beraten. Die meisten Kollegen haben daraufhin sehr effizient verordnet, sprich: primär Generika verordnet und Analogpräparate vermieden. Dadurch konnten Einsparungen von 1,1 Millionen Euro allein bei rund 250 Beratungen erzielt

werden. Wenn wir diese Beratungen deutschlandweit ausdehnen würden, könnten wir im besten Fall 700 Millionen Euro einsparen - statt der im Arzneiverordnungsreport genannten 2,8 Milliarden.

Wenn wir flächendeckend intensive Pharmakotherapieberatungen durchführen und nachhaltig alle 110.000 niedergelassenen Ärzten absolut effizient verordnet würde, dann könnten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel um knapp drei Prozent gesenkt werden. Willkommen in der Wirklichkeit.

Es tut mir Leid, die hochgespannten Kostendämpfungserwartungen von Kassen und Politik enttäuschen zu müssen. Gerade vor der scheinbaren Kostenexplosion im laufenden Jahr sind die Erwartungen besonders hoch. Dabei sind die Ausgaben im letzten Jahr artifiziell heruntergerechnet worden. Die derzeitigen Ausgaben entsprechen vielmehr dem Geraderücken der Verhältnisse. Aber um es mit dem bekannten Journalisten (Egon Erwin Kisch) zu sagen: „Nichts ist erregender als die Wahrheit.“

Um bei der Wahrheit zu bleiben: wer zum Jahresanfang die Bedingungen derartig ändert, dass die Kosten nur explodieren können, muss sich nicht wundern, wenn dies dann auch geschieht. So hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) bereits im November 2004 eine Kostensteigerung von 18,1 Prozent beispielsweise aufgrund des Wegfalls des Herstellerrabatts, der Preisfreigabe und des Nachholeffekts bei den Verordnungen prognostiziert. In Nordrhein haben wir eine Kostensteigerung von bislang 19 Prozent, fast eine Punktland was die Prognose des WiDO betrifft.

Natürlich wollen wir die möglichen 700 Millionen Euro einsparen. Voraussetzung dafür ist zunächst, dass Politik und Krankenkassen ihre Wähler und Versicherten darüber informieren, dass Kosten gesenkt werden müssen. Noch gehören die politischen Forderungen nach der "besten Gesundheitsversorgung für alle" zum Standardrepertoire wohlfahrtstaatlicher Rhetorik, denn Forderungen dieser Art sind sich des Wählerzuspruchs sicher.

Und wenn Disease-Management-Programme politisch gefordert und gefördert werden, darf nicht gleichzeitig die Kostensteigerung in diesem Bereich durch leitliniengerechte medikamentöse Therapien ignoriert werden. Das gleiche gilt für die Integrierte Versorgung. Es ist perfide, Kostensteigerungen im Rahmen der Integrierten Versorgung als so genannte „Praxisbesonderheiten“ vertraglich anzuerkennen - wie es im BARMER-Hausarztvertrag geschieht - und gleichzeitig KV-weit Mehrausgaben zu kritisieren und schlimmstenfalls von den Ärzten durch Kollektivregresse zurückzufordern.

Ohne die Bereitschaft von Politik und Kassen, mit uns an einem Strang zu ziehen, wird das Sparen nicht funktionieren. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir diese große Koalition hinbekommen. Und mit folgendem Modell können wir unser Ziel erreichen:

1. Kurzfristig müssten schnell neue Erstattungshöchstpreise in Kraft treten, d.h. Festbeträge für Arzneimittel - auch für patentgeschützte. Zudem erweitern wir die Pharmakotherapieberatungen und erstellen Informationsschreiben, die auf die einzelne Praxis bezogen sind. In Nordrhein haben wir das bereits in der Umsetzung.

2. Mittelfristig gilt es klare und einfache vertragliche oder gesetzliche Regelungen zu schaffen, die die Ärzte beim Sparen unterstützen. Denn bei jeder Verordnung müssen Ärzte Arzneimittelrichtlinien, Negativ- und OTC-Ausnahmeliste, Sprechstunden-, Impf-

stoff- und Zuzahlungsvereinbarung beachten. Im Labyrinth dieser oft praxisfernen Kompendien gehen viele Sparanstrengungen verloren.

3. Langfristig brauchen wir individualisierte Richtgrößen oder Zielvereinbarungen. Denn erst wenn messbare Ziele auf bestimmte Indikationen und vor allem die einzelne Praxis herunter gebrochen werden, entfalten sie auch einen Effekt. Das konnten wir in Nordrhein erleben, als wir den Praxen die eigenen Einsparpotentiale auf den Cent genau dargestellt haben. Abstrakte Appelle wie „Mehr Generika“ oder „Weniger Analogpräparate“ verpuffen ohne Wirkung.

Bei allen drei Punkten braucht es aber auch Durchhaltevermögen und Standfestigkeit auf Seiten des Gesetzgebers. Denn Kosten reduzierende Regelungen bedeuten immer auch Umsatzeinbußen der Pharmazeutischen Industrie. Und die lässt sich nicht so leicht die Butter vom Brot nehmen. Da werden klinische Studien mit Blick auf mögliche Absatzmärkte optimiert. Einzelne Patienten- und Selbsthilfeverbände werden instrumentalisiert, um den Nachfragedruck in der Praxis zu erhöhen.

Weil das nicht reicht, entfesseln die Marketing- und PR-Abteilungen der Pharmaindustrie mit ihren Milliardenetats und den rund 16.000 Pharmavertretern, die jährlich 25 Millionen Besuche machen, in jeder Praxis ein Feuerwerk an einseitiger Information – leider zunehmend auch mit gekauften Wissenschaftlern, den so genannten Mietmäulern.

Als letztes Glied in der Verordnungskette wird es für uns Ärzte dabei immer schwieriger, zwischen sinnvollen und unsinnigen Neuerscheinungen zu unterscheiden. Der Arzneiverordnungsreport ist in diesem Sinne sicherlich ein richtiger Schritt und Pflichtlektüre für jeden meiner Kolleginnen und Kollegen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

erstmals weist der Arzneiverordnungsreport in diesem Jahr darauf auch darauf hin, dass bereits 70 Prozent des insgesamt möglichen Einsparvolumens bereits durch die Ärzteschaft realisiert wurde. Wir arbeiten daran, auch aus dem restlichen 30 Prozent das praktisch Mögliche herauszuholen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Kontakt:** Renate Bayaz, Springer, Corporate Communications  
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: [renate.bayaz@springer-sbm.com](mailto:renate.bayaz@springer-sbm.com)

## ARZNEIMITTEL-ANALYSE

# Gute Geschäfte mit teuren Pillen

**Keine Entwarnung bei den Arzneimittelkosten der Krankenkassen. Nach wie vor verordnen Ärzte reichlich Teures. Wer davon profitiert und wie sich sparen lässt, zeigt der neue Arzneiverordnungs-Report. Von Katrin Nink und Helmut Schröder**

**Erstmals seit vier Jahren** hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit einem Plus abgeschlossen. Es beläuft sich im Jahr 2004 auf vier Milliarden Euro. Ein Hauptgrund für das finanzielle Defizit der vorausgegangenen Jahre: drastische Steigerungen bei den Arzneimittelausgaben. Mit dem GKV-Moderisierungsgesetz sind die GKV-Arzneimittelumsätze erstmals seit 1997 gesunken: um 10,2 Prozent auf 21,7 Milliarden Euro. Eine große Rolle spielten dabei der weitgehende Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Präparate aus dem GKV-Leistungskatalog, Änderungen bei der Zuzahlung und der Arzneimittelpreisverordnung sowie die vorübergehende Erhöhung der Hersteller-

abschläge. Doch von einer Wende kann auch 2004 keine Rede sein. Wie der neue Arzneiverordnungs-Report (AVR) zeigt, hält der Trend zur Verordnung teurer Arzneimittel an und hat im verschreibungspflichtigen Marktsegment mit 10,6 Prozent einen Umsatzanstieg um 2,2 Milliarden Euro verursacht. Für das Jahr 2005 zeichnet sich nun eine zweistellige Wachstumsrate bei den Arzneiausgaben ab. Wie aber kann eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung kostengünstiger erbracht werden? Antworten liefert der neue AVR.

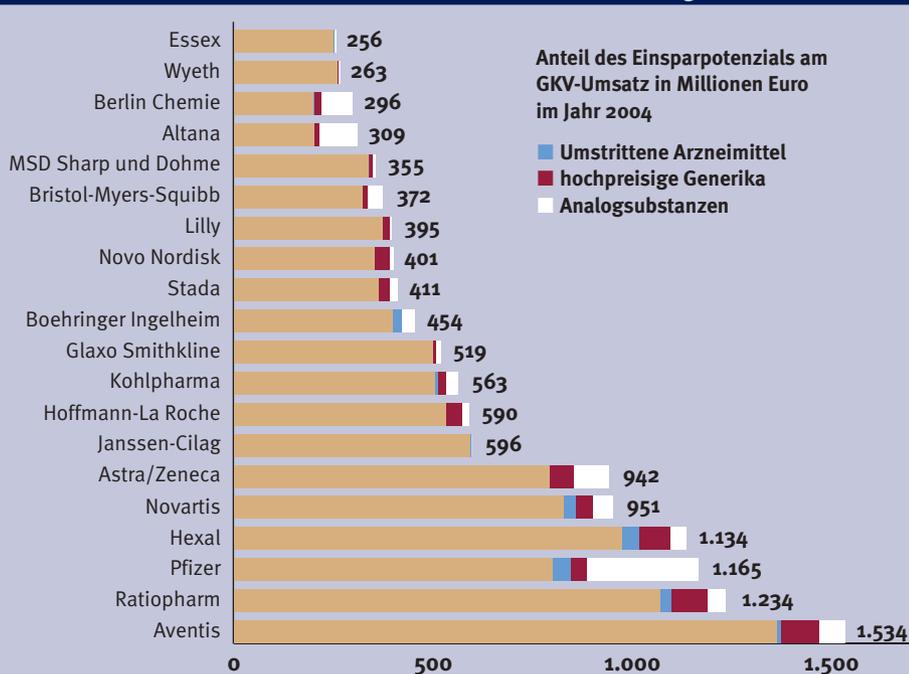
**Sparpotenzial in Milliardenhöhe.** Nach dem AVR hätten 2,9 Milliarden Euro im Jahr 2004 eingespart werden können –

ohne Qualitätsverlust in der Therapie. Das sind 13,5 Prozent des Gesamtumsatzes von 21,7 Milliarden Euro. Voraussetzung: konsequentes Verordnen preiswerter wirkstoffgleicher Generika statt teurer Originalpräparate (Sparpotenzial 1,1 Milliarden Euro), Verschreiben preiswerter Generika eines patentfreien ursprünglich innovativen Wirkstoffes bei gleichzeitigem Verzicht auf teure patentgeschützte Analogsubstanzen (Sparpotenzial: 1,2 Milliarden Euro), sowie Verzicht auf das Verordnen von Präparaten, deren Wirkung als umstritten gilt (Sparpotenzial: 0,6 Milliarden Euro).

**Rabattverträge lohnen sich.** Eine weitere Möglichkeit zur Kostensenkung: Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass Generikahersteller Apotheken hohe Rabatte gewähren – sie liegen oft zwischen 15 und 25 Prozent –, die Kassen aber nicht davon profitieren. Sie könnten partizipieren, würden sie die gesetzliche Möglichkeit stärker nutzen, Rabattverträge mit Herstellern zu schließen. Dafür sind allerdings umfassende Kenntnisse über Qualität und Art des Produktsortiments sowie über die Preispolitik der Hersteller notwendig.

**Umsatz der Hersteller beleuchtet.** Deshalb nimmt der neue AVR erstmals Hersteller und ihren Anteil an der Arzneimittelversorgung unter die Lupe. Betrachtet man die 50 umsatzstärksten Hersteller des deutschen Marktes im Jahr 2004, zeigt sich – wie auf dem Weltmarkt – eine deutliche Marktkonzentration. Ob ein Hersteller ein interessanter Vertragspartner für einen Rabattvertrag ist, hängt von seinem Produkt-

### Unwirtschaftliches Verordnen bringt Umsatz



Vor allem mit hochpreisigen Generika und teuren Analogpräparaten, aber auch mit umstrittenen Arzneimitteln erhöhen die Top 20 der Pharmahersteller ihre Umsätze. Hier schlummert ein Sparpotenzial für die Kassen in Höhe von insgesamt 2,9 Milliarden Euro. Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2005

sortiment und seiner Preispolitik ab. So haben Generikahersteller ein breites Sortiment, während sich forschende Firmen oft auf bestimmte Indikationen konzentrieren.

**Womit Hersteller verdienen.** Ein weiterer wichtiger Anhaltspunkt zur Beurteilung der Preis- und Produktstruktur ist die Verteilung der Einsparpotenziale auf die führenden Hersteller (*siehe Grafik*). Für das Jahr 2004 zeigt der AVR, dass etwa Pfizer mit seinen Wirkstoffen Atorvastatin und Amlodipin oder die Firma Altana mit Pantoprazol – allesamt teure Analogs-substanzen – viel Umsatz gemacht haben. Ein überdurchschnittliches generisches Einsparpotenzial liegt bei Herstellern wie Sandoz, Ratiopharm, Hexal oder Stada, die eher zu den teureren Generikaanbietern zählen. Deutlich wird bei der Betrachtung der Top 50 im AVR aber auch, dass viele Generika- und Reimportanbieter aus Deutschland kommen. Dagegen werden patentgeschützte und somit neue Präparate eher von Herstellern aus der Schweiz oder den USA angeboten. Somit trägt die unwirtschaftliche Ordnungsweise in der GKV dazu bei, dass die Forschungsstandorte Schweiz oder USA gefördert werden. Deutschland hat dabei das Nachsehen.

**Weg zu mehr Wettbewerb.** Rabattverträge sorgen für mehr Wettbewerb zwischen Apotheken, Herstellern und anderen Leistungsanbietern. Sie können sich durch entsprechende Verhandlungen mit den Kassen Wettbewerbsvorteile verschaffen. Mit dem neuen AVR haben Krankenkassen eine Entscheidungshilfe bei der Frage, ob es sich überhaupt lohnt, mit dem einen oder dem anderen Hersteller zu verhandeln. ♦

---

**Katrin Nink** ist Projektleiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). **Helmut Schröder** ist dort Forschungsbereichsleiter.  
**Kontakte:** [Katrin.Nink@wido.bv.aok.de](mailto:Katrin.Nink@wido.bv.aok.de),  
[Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de](mailto:Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de)

### Lesetipp

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.):  
**Arzneiverordnungs-Report 2005.** Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.  
1.220 Seiten, 34,95 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.