

Pressekonferenz

Arzneiverordnungs-Report 2006

19. Oktober 2006 | Berlin Bundespressekonferenz

**Wie stark sind die Ausgaben für Arzneimittel in 2005 gestiegen?
Welcher Trend zeichnet sich für 2006 ab? Bewertungen und Ausblick auf die Marktentwicklung**

Der jährlich erscheinende *Arzneiverordnungs-Report* liefert aktuelle Daten zu den Arzneimittelausgaben, basierend auf der Auswertung von ca. 700 Millionen Arzneimittelverordnungen. Die Herausgeber und Autoren analysieren das ärztliche Verordnungsverhalten und die Arzneimittelkosten, sie bewerten neue Therapie-Trends bzw. Innovationen bei Medikamenten und berechnen Sparpotenziale. Der Report ist anerkannt bei allen Fachleuten, die sich mit Fragen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik in Deutschland beschäftigen.

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
- **Marion Caspers-Merk**
Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit
- **Dr. Werner Gerdemann**
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes des VdAK/AEV
- **Dr. med. Leonhard Hansen**
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Kontakt:

Renate Bayaz | Springer, Corporate Communications Manager
Tel.: 06221 487-8531 | renate.bayaz@springer.com

Pressemitteilung

Starker Neuanstieg bei den Arzneimittelausgaben in 2005 / Bessere Prognosen für 2006 in Sicht / Analogpräparate gehören zu den Kostentreibern

***Arzneiverordnungs-Report* fordert mehr Wettbewerb im Arzneimittelmarkt**

Berlin, 19. Oktober 2006

Die Ausgaben bei den Arzneimitteln sind im Jahr 2005 wieder stark angestiegen. Mit einer fast 17-prozentigen Steigerung beliefen sich die Mehrkosten durch Medikamente auf 25,4 Mrd. Euro. Das entspricht einem Zuwachs von 3,6 Mrd. Euro. Mit diesem starken Neuanstieg sind die Arzneimittel wieder der zweitgrößte Kostenfaktor der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Sie liegen damit um 3,8 Mrd. Euro weit über den ärztlichen Behandlungen, die sich insgesamt auf 21,6 Mrd. Euro belaufen. Damit konnte der erfolgreiche Trend einer Senkung der Arzneimittelausgaben im Jahr 2004 (21,7 Mrd. Euro) nicht beibehalten werden. Dieser heftige Neuanstieg hatte sich nach Einschätzung der beiden Herausgeber des *Arzneiverordnungs-Reports* Prof. em. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath bereits im vergangenen Jahr deutlich abgezeichnet. Mit ihrem jährlich erscheinenden Report analysieren sie die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen in Deutschland. Die aktuelle Ausgabe mit ihren Berechnungen für das Jahr 2005 ist soeben im Wissenschaftsverlag Springer erschienen und wird heute auf einer Pressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Herausgeber kommen dabei zu dem Schluss, dass zwei Drittel des Kostenanstiegs durch innovative und therapeutisch sinnvolle Arzneimittel in der Krebstherapie (Zytostatika), Blutdrucksenker (Sartane) oder Antibiotika bedingt sind. Ein Drittel, so Schwabe, beruhe jedoch auf der Verordnung von teuren Analogpräparaten ohne therapeutischen Zusatznutzen. Der starke Kostenanstieg bei den Analogpräparaten hat nach Angaben des Reports dazu geführt, dass die Einsparpotenziale im Jahre 2005 wieder auf 3,5 Mrd. Euro angestiegen sind und damit um 600 Mio. Euro über dem Wert von 2004 (2,9 Mrd. Euro) liegen.

Die größten Kostenreserven verteilen sich 2005 in den drei Arzneimittelmarktsektoren Analogpräparate, Generika und umstrittene Arzneimittel wie folgt: bei einer wirtschaftlicheren Verordnungsweise ohne therapeutischen Qualitätsverlust könnten 1,6 Mrd. Euro durch die Substitution von teureren Analogpräparaten eingespart werden. An zweiter Stelle folgen die Generika mit einem Einsparpotenzial von 1,3 Mrd. Euro. Der dritte Sektor mit erheblichen Kostenreserven liegt bei den umstrittenen Arzneimitteln mit 600 Mio. Euro. In diesem Zusammenhang fordert Schwabe strukturelle Änderungen, wie sie ansatzweise bereits im GKV-Modernisierungsgesetz sowie in den Eckpunkten der Gesundheitsreform vorgesehen sind.

Mehr Politik für Patienten, weniger für Pharma

Problematisch bewertet der Report den starken Einfluss der Pharmaindustrie auf das Verordnungsverhalten der deutschen Ärzte. Als Beispiele für konkrete Maßnahmen nennt der Report die Förderung von unabhängigen Informationen über Arzneimittel oder eine werbefreie Praxissoftware zum Vergleich von Medikamenten. „Nur mit unabhängigen Information – wie im *Arzneiverordnungs-Report* präsentiert –

kann der pharmazeutischen Industrie mit ihrem Heer an Außendienstmitarbeitern in der Arztpraxis Einhalt geboten werden“, so Paffrath. Darüber hinaus wird im *Arzneiverordnungs-Report* das Verbot von Umsatzbeteiligungen an den verordneten Mitteln oder die bislang immer wieder gescheiterte Einführung einer Positivliste bei den Arzneimitteln thematisiert. Mit Blick auf veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen fordert Schwabe: „Wenn es gelingt, den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Verordnung und die Distribution von Arzneimitteln zurückzuschrauben und auf der anderen Seite den Einfluss der Patienten auf eine kostengünstige Arzneitherapie zu stärken, werden die großen Wirtschaftlichkeitsreserven des Arzneimittelmarktes besser zu mobilisieren sein.“ Im internationalen Vergleich werden Großbritannien und Schweden angeführt, die durch einen liberaleren Markt beispielsweise Generika zu erheblich günstigeren Preisen anbieten.

Aktuelle Daten, basierend auf der Auswertung von ca. 400 Millionen Kassenrezepten, zeigen Verordnungsverhalten und Kosten, neue Therapie-Trends, erfolgreiche Innovationen und Spar-Optionen. Der Report analysiert in dieser Ausgabe die kassenärztlichen Arzneiverordnungen bei 3.000 Arzneimitteln und unterteilt diese in 44 pharmakologische Kapitel je nach den konkreten Wirkstoffgruppen und Präparaten. Schwerpunktthema dieses Jahres sind die Analogpräparate mit einer Übersicht über die 300 umsatzstärksten Arzneimittel und Substitutionsvorschläge.

Der Report beschreibt die Einführung neuer Medikamente, bewertet den therapeutischen Nutzen, berechnet die Kosten und gibt Ärzten konkrete Verordnungsempfehlungen. Darüber hinaus werden Arztgruppen-, 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 veröffentlichen jährlich, als gemeinsame Projektträger des GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), die entsprechenden Arzneimittelverordnungsdaten. 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 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 2006

Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare

Springer 2007, 1.156 S., 83 Abb., 223 Tab.

Broschiert, EUR 36,95;

ISBN 978-3-540-34369-1 // 3-540-34369-5

Kontakt:

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

Pressekonferenz 19. Oktober 2006

Grafiken aus *Arzneiverordnungs-Report 2006*

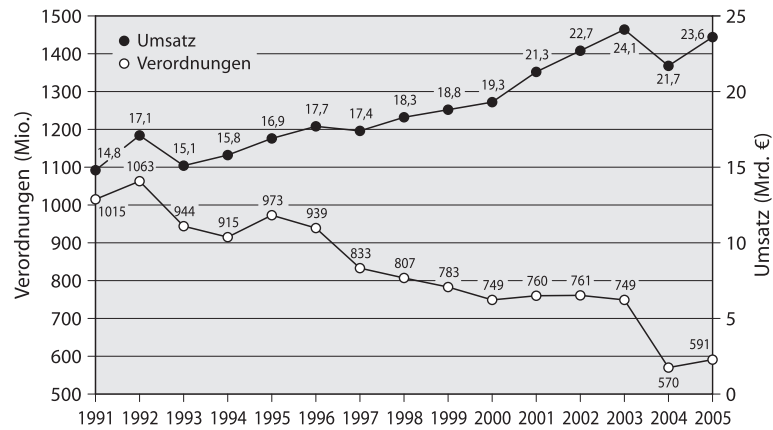


Abbildung 1.1
(Seite 4)

Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1991 bis 2005 im GKV-Fertigarzneimittelmarkt (ab 2001 mit neuem Warenkorb)

Arzneiverordnungs-Report 2006
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007

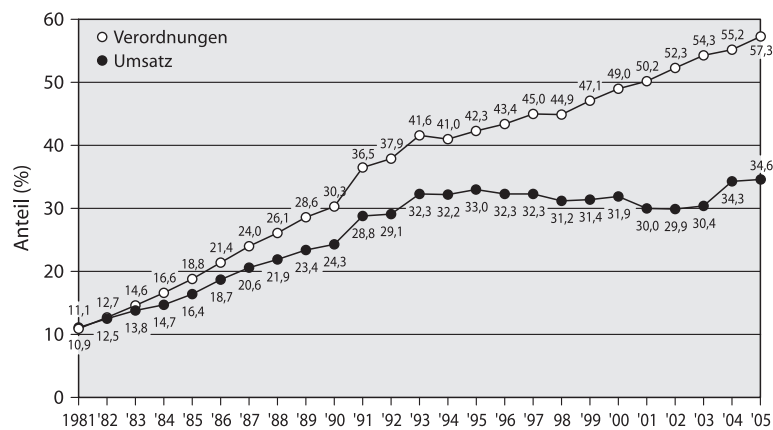


Abbildung 1.7
(Seite 17)

Anteil der Zweitnamender am Gesamtmarkt 1981 bis 2005 (ab 1991 mit den neuen Bundesländern, ab 2001 mit neuem Warenkorb)

Arzneiverordnungs-Report 2006
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007

Pressekonferenz 19. Oktober 2006

Tabellen aus *Arzneiverordnungs-Report 2006*

Die 30 umsatzstärksten Arzneimittel 2005. Angegeben sind die Umsätze Im Jahr 2005 mit der prozentualen Änderung und der Änderung in Mio. Euro im Vergleich zu 2004

Rang	Präparat	Wirkstoff	Umsatz 2005 Mio. €	Änderung in %	Änderung in Mio. €
1	Durogesic	Fentanyl	306,2	18,7	48,3
2	Pantozol	Pantoprazol	281,2	21,1	49,1
3	Nexium Mups	Esomeprazol	259,9	23,1	48,8
4	Plavix	Clopidogrel	205,7	16,5	29,2
5	Zyprexa	Olanzapin	191,9	14,0	23,5
6	Risperdal	Risperidon	187,2	25,1	37,5
7	Viani	Salmeterol + Fluticason	178,8	15,5	24,0
8	Rebif	Interferon beta-1a	177,8	12,2	19,3
9	Iscover	Clopidogrel	170,7	11,9	18,2
10	Enbrel	Etanercept	167,8	40,8	48,6
11	Symbicort	Formoterol + Budesonid	162,4	31,5	38,9
12	Betaferon	Interferon beta-1b	159,1	8,6	12,7
13	Glivec	Imatinib	155,2	26,5	32,6
14	Avonex	Interferon beta-1a	133,7	28,1	29,3
15	Lantus	Insulin glargin	132,0	16,0	18,3
16	Aranesp	Darbepoetin alfa	131,3	16,1	18,2
17	Neorecormon	Erythropoietin	127,2	-9,6	-13,6
18	Beloc	Metoprolol	125,1	3,9	4,7
19	Spiriva	Tiotropiumbromid	124,9	38,4	34,6
20	Actraphane	Insulin (human)	118,8	-2,1	-2,5
21	Fosamax	Alendronsäure	118,3	-0,5	-0,5
22	Actrapid human	Insulin (human)	115,8	12,7	13,0
23	Omepr	Omeprazol	114,0	4,7	5,1
24	Oxygesic	Oxycodon	111,5	36,1	29,6
25	Valoron N	Tilidin + Naloxon	111,1	15,6	15,0
26	Clexane	Enoxaparin	110,9	18,1	17,0
27	Erypo	Erythropoietin	110,5	-14,7	-19,0
28	SimvaHEXAL	Simvastatin	110,4	39,4	31,2
29	Humalog	Insulin lispro	109,1	6,2	6,4
30	Copaxone	Glatirameracetat	108,7	23,6	20,7
Summe Rang 1-30			4617,3	16,0	638,1
Anteil an Gesamt			19,6		
Gesamtmarkt			23560,7	8,7	1890,4

Tabelle 1.2
(Seite 11)

Arzneiverordnungs-Report 2006 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007

Entwicklung der Einsparpotentiale durch Generika, Analogpräparate und umstrittene Arzneimittel im Jahr 2005

Arzneimittelgruppe	Umsatz 2004 Mio. €	Umsatz 2005 Mio. €	Differenz Mio. €
Generikafähige Wirkstoffe			
Umsatz aller generikafähigen Wirkstoffe	10.600,1	11.926,2	1326,2
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	48,9%	50,6%	
Gesamtumsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	9.890,3	11.434,2	
Preisgünstigster Umsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	8.830,2	10.167,1	
Einsparpotential	1.060,0	1.266,8	206,8
Analogpräparate			
Gesamtumsatz	4.013,6	4.946,1	932,6
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	18,5%	21,0%	
Umsatz nach generischer Substitution	3.722,9	4.601,1	
Umsatz nach Wirkstoffsubstitution	2.503,3	3.009,7	
Einsparpotential	1.219,6	1.591,3	371,8
Umstrittene Arzneimittel			
Gesamtumsatz	917,2	905,5	-11,7
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	4,2%	3,8%	
Substitution durch wirksame Arzneimittel	274,0	233,1	
Einsparpotential	643,2	672,4	29,2
Gesamtsumme der Einsparpotentiale	2.922,8	3.530,6	607,8
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	13,5%	15,0%	

Tabelle 1.8
(Seite 30)

Es gilt das gesprochene Wort!

Massive Mehrkosten durch Medikamente

Prof. em. Dr. med. Ulrich Schwabe

Pharmakologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Im neuen *Arzneiverordnungs-Report* analysieren wir die Arzneiverordnungen des Jahres 2005. Ganz obenan stehen wieder die massiven Mehrkosten durch Medikamente. Die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im Jahre 2005 um 16,8 Prozent auf 25,4 Mrd. Euro angestiegen. Das ergibt einen Zuwachs von 3,6 Mrd. Euro. Damit sind Arzneimittel erneut die Hauptursache des Ausgabenanstiegs. Ihr Anteil an den Leistungsausgaben der GKV in Höhe von 143,6 Mrd. Euro hat sich 2005 auf 16,5 Prozent (Vorjahr 15,6 Prozent) erhöht und liegt nach den Krankenhauskosten (49,0 Mrd. Euro) wiederum deutlich vor den Ausgaben für ärztliche Behandlungen (21,6 Mrd. Euro).

Warum waren die erfolgreichen Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes so kurzlebig und haben sich bereits schon nach einem Jahr wieder erschöpft? Ein Teil der Mehrkosten ist durch Sondereffekte des Gesetzes bedingt:

- Der 10-prozentige Sonderrabatt für Nichtfestbetragsarzneimittel in Höhe von 1 Mrd. Euro, war auf das Jahr 2004 befristet und führte 2005 nach Abzug von Einsparungen durch neue Festbeträge zu Mehrausgaben von 600 Mio. Euro.
- Durch einen Vorzieheffekt war 2004 ein Umsatz von 630 Mio. Euro in das Jahr 2003 transferiert worden, der im Jahre 2005 wieder im vollem Umfang bei den Arzneimittelausgaben wirksam wurde.

Aber auch unter Berücksichtigung von Sondereffekten betrugen die Mehrausgaben durch die tatsächliche Mehrverordnung von Arzneimitteln immer noch 1,9 Mrd. Euro. Unsere arzneitherapeutische Analyse hat ergeben, dass zwei Drittel dieses Kostenanstiegs durch innovative und therapeutisch sinnvolle Arzneimittel bedingt sind, darunter Zytostatika (138 Mio. Euro), Sartane (125 Mio. Euro), Antiepileptika (89 Mio. Euro) und Antibiotika (88 Mio. Euro).

Ein Drittel des Kostenanstiegs beruht aber auf teuren Analogpräparaten ohne therapeutischen Zusatznutzen, darunter Arzneimittel aus den Gruppen der Opioidanalgetika (134 Mio. Euro), Protonenpumpenhemmer (107 Mio. Euro) und ACE-Hemmer (70 Mio. Euro).

Einsparpotentiale

Damit kommen wir zu den Einsparpotentialen, die wir jedes Jahr berechnen. Hier sind in den vergangenen Jahren erhebliche Erfolge erzielt worden. Bei den umstrittenen Arzneimitteln hat sich die rückläufige Verordnungsentwicklung weiter fortgesetzt. Gegenüber dem Spitzenwert von 5,1 Mrd. Euro im Jahre 1992 sind die Ausgaben um 82 Prozent zurückgegangen, so dass hier Einsparungen von 4,2 Mrd. Euro erzielt wurden. Bei den Generika sind bisher 2,7 Mrd. Euro von den Vertragsärzten eingespart worden, zusammengekommen also 6,9 Mrd. Euro an realisierten Einsparpotentialen.

Auf der anderen Seite stehen weitere Einsparpotentiale, die durch eine rationale Arzneitherapie mobilisiert werden können. Der starke Kostenanstieg der Analogpräparate hat dazu geführt, dass die Einsparpotentiale wieder angestiegen sind. Sie betragen im Jahre 2005 3,5 Mrd. Euro und liegen damit 600 Mio. Euro höher als im Vorjahr (2,9 Mrd. Euro). Sie verteilen sich auf folgende Sektoren:

- 1,6 Mrd. Euro durch Substitution **teurer Analogpräparate**
- 1,3 Mrd. Euro durch Verordnung **preiswerter Generika**
- 0,6 Mrd. Euro durch Verzicht auf **umstrittene Arzneimittel**

Trotz der bisher erzielten Erfolge gibt es weitere Möglichkeiten, um sinnvolle Einsparungen schneller zu mobilisieren. Eine besondere Bedeutung kommt weiteren strukturellen Änderungen zu, die teilweise schon im GKV-Modernisierungsgesetz und in den Eckpunkten der Gesundheitsreform enthalten sind. Die Mobilisierung der bestehenden Einsparpotentiale wird vor allem durch Strukturdefizite in der Arzneimittelversorgung beeinträchtigt.

Strukturdefizite der Arzneimittelversorgung

Trotz zahlreicher gesetzlicher Eingriffe ist es bisher nicht gelungen, den seit vielen Jahren bestehenden Trend zur Verordnung teurer Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen dauerhaft zu durchbrechen und die Steigerung der Ausgaben auf eine sinnvolle Modernisierung der Arzneitherapie zu konzentrieren. Der Gesetzgeber hat allzu oft auf dirigistische Eingriffe vertraut, wie Arzneimittelbudgets, Preisstopps, Krankenkassenrabatte und erhöhte Zahlungen für Patienten. Diese Maßnahmen hatten zwar kurzfristig Erfolg, waren aber nicht in der Lage, die Strukturdefizite zu beseitigen.

Als Hauptursache für den Trend zu teuren Arzneimitteln wird der Einfluss der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten der Ärzte angesehen. Diese Auffassung wird vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen und vom Gesundheitsausschuss des britischen Unterhauses vertreten. Kritisiert werden die Ausweitung von Krankheitsbegriffen, selektive Publikation positiver Studienergebnisse, Durchführung wertloser Beobachtungsstudien und Verordnung hochpreisiger Arzneimittel im Krankenhaus.

Um den übermäßigen Einfluss der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten einzudämmen, sollten finanzielle Verflechtungen von Ärzten mit Pharmafirmen unterbunden werden. Dazu kommen die folgenden Maßnahmen in Frage:

- **Unabhängige Informationen über neue Arzneimittel.** Bisher geschieht die Information überwiegend durch 16.000 Pharmareferenten. Nur 16 Prozent der Pharmainformationen sind durch Studien belegt.
- **Werbefreie Praxissoftware** für den Preisvergleich von Arzneimitteln.
- **Verbot von Umsatzbeteiligungen** an den verordneten Arzneimitteln, die Pharmafirmen nach den Daten aus der Praxissoftware an Ärzte gezahlt haben.
- **Keine Weitergabe von Verordnungsdaten** aus Arztpraxen an Pharmafirmen.
- **Verbot vergüteter Anwendungsbeobachtungen.** Neuerdings sind pharmazeutische Firmen verpflichtet, Anwendungsbeobachtungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu melden. Danach haben 17000 Vertragsärzte allein mit einem Präparat, dem Protonenpumpenhemmer *Nexium 20* (Esomeprazol), Anwendungsbeobachtungen durchgeführt und außerdem noch 13000 Vertragsärzte mit *Nexium 40*, der höheren Dosis des gleichen Arzneimittels.
- **Verbot der Abgabe von Ärztemustern.** Sie dienen fast ausschließlich dem Marketing, um den Pharmareferenten Zugang zu Arztpraxen zu verschaffen.
- **Einführung einer Arzneimittelpositivliste.** Die beiden vorangegangenen Versuche sind allein an der Lobbyarbeit der Pharmaindustrie gescheitert. Das hat sogar der frühere Gesundheitsminister Seehofer eingestanden.

Auch die Rahmenbedingungen der Arzneimitteldistribution sollten neu ausgerichtet werden, um den Wettbewerb zu liberalisieren und die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu verbessern:

- **Einheitliche Preisbedingungen** für Arzneimittel im Krankenhaus und öffentlichen Apotheken. Dadurch sollte verhindert werden, dass Arzneimittelhersteller und Krankenhäuser Preisvorteile unter sich aufteilen.
- **Einkaufsrabatte der Apotheken** sind genauso wie im Krankenhaus über den Arzneimittelpreis an die Patienten bzw. die gesetzliche Krankenversicherung weiterzugeben.
- **Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung** auf Höchstpreise, damit Einkaufsrabatte an die Verbraucher weitergegeben werden können.
- **Aufhebung des Apothekenmehrbesitzverbots**, nachdem bisher schon ein erster Anfang mit der Erlaubnis für einen Besitz von vier Apotheken gemacht wurde. Wir brauchen in den Städten nicht alle 400 Meter eine Apotheke.

Der Wettbewerb der Pharmafirmen sollte so ausgerichtet werden, dass die hohen Marketingaufwendungen nicht den Ärzten und Apothekern zugute kommen, sondern über einen echten Preiswettbewerb an die Verbraucher weitergeleitet werden.

Damit das funktioniert, müssen natürlich auch die Patienten über eine gerechte Zuzahlung für eine kostenorientierte Inanspruchnahme von Arzneimitteln belohnt werden:

- **Einführung einer 10-prozentigen Zuzahlung** zur Entlastung preisgünstiger Arzneimittel mit der Obergrenze von 10 Euro aber ohne die Mindestzuzahlung von 5 Euro.
- **Änderung des Apothekenfestzuschlages von 8,10 Euro** in einen flexiblen Apothekenhöchstzuschlag. Durch den einheitlichen Apothekenfestzuschlag sind gerade preiswerte Generika bis zu 5-fach teurer geworden.
- **Information der Patienten über Arzneimittelpreise**, denn bisher können Verbraucher nur die Preise rezeptfreier Arzneimittel vergleichen.

Wenn es gelingt, den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Verordnung und die Distribution von Arzneimitteln zurückzuschrauben und auf der anderen Seite den Einfluss der Patienten auf eine kostengünstige Arzneitherapie zu stärken, werden die großen Wirtschaftlichkeitsreserven des Arzneimittelmarktes besser zu mobilisieren sein.

Arzneimittelpreise in Deutschland

Die Strukturdefizite unseres Arzneimittelmarktes haben zweifellos dazu beigetragen, dass die Arzneimittelpreise und insbesondere die Generikapreise in Deutschland deutlich höher als in unseren europäischen Nachbarländern liegen. So zeigt beispielsweise die neueste Statin-Leitlinie des britischen NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) bemerkenswert niedrige Preise für diese wichtigen Arzneimittel. Danach kostet der Cholesterinsenker Simvastatin als Generikum (kleine Standardpackung mit 28 Tbl. 20 mg) in Großbritannien nur 2,13 Euro (1,48 Pfund), in Deutschland dagegen 20,95 Euro, also fast zehnmal so viel.

Auch in Schweden sind die Generikapreise erheblich niedriger als in Deutschland. Dort kosten Simvastatingenerika (große Standardpackung 100 Tbl. 20 mg) 8,04 Euro, in Deutschland dagegen 31,35 Euro. Diese Preisunterschiede liegen keinesfalls daran, dass Generika in Schweden oder England billiger hergestellt werden, sondern dass dort offenbar bessere Bedingungen für den Preiswettbewerb herrschen. Denn deutsche Generikahersteller bieten ihre Simvastatinpräparate in Schweden genauso billig an. Mit diesen Preisen könnten in Deutschland allein bei Simvastatingenerika weitere 300 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden.

Aber auch bei weiteren umsatzstarken Generika sind die Preise in Schweden erheblich günstiger als in Deutschland. Dazu gehören viele bewährte Standardpräparate wie Enalapril, Metformin und Omeprazol. Sogar das klassische Morphin ist in Schweden als orales Retardpräparat 70 Prozent billiger als in Deutschland. Allein mit den genannten Wirkstoffen könnten wir die Generikakosten zusätzlich zu den berechneten Einsparpotentialen von 1,3 Mrd. Euro noch einmal um 1,1 Mrd. Euro senken.

Eine Liberalisierung des Arzneimittelmarktes und eine durchgängige 10-prozentige Selbstbeteiligung würden wesentlich dazu beitragen, den Einfluss der Patienten auf die Arzneimittelkosten zu stärken und eine deutliche Entlastung von den hohen persönlichen Arzneimittelkosten zu erreichen. Kurz gesagt: Mehr Politik für Patienten, weniger für Pharma. Gerade in Zeiten hoher Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch steigende Arzneimittelausgaben wäre es wünschenswert, wenn auch in Deutschland die Patienten eine stärkere Berücksichtigung finden würden. Andere europäische Länder haben diese Aufgabe bereits erheblich kostengünstiger gelöst.

Kontakt:

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

Es gilt das gesprochene Wort!

Arzneimittelausgaben in 2005 stark gestiegen – Analogpräparate nach wie vor ein wichtiger Faktor für die Ausgabenentwicklung

Dr. rer. soc. Dieter Paffrath, Kiel

Die Entwicklung des Arzneimittelmarktes 2005, die wir im *Arzneiverordnungs-Report 2006* differenziert analysieren, zeigt, dass unsere Befürchtungen eingetreten sind. Das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) hat die Ausgabenentwicklung nur kurzfristig eindämmen können.

Deutlicher Ausgabenanstieg 2005 war vorprogrammiert

Mit dem erneuten Anstieg der Arzneimittelausgaben war insofern zu rechnen, da Teile der Maßnahmen des GMG nur für das Jahr 2004 gegolten haben. So war es auch nicht hellseherischen Fähigkeiten zu verdanken, dass wir bereits anhand der Halbjahresergebnisse 2005 einen deutlich zweistelligen prozentualen Anstieg bei den Arzneimittelausgaben für das gesamte Jahr 2005 prognostizieren konnten, der dann mit einem Ausgabenplus von knapp 17 Prozent auch eingetreten ist. Ein Teil dieses Umsatzanstiegs war bereits mit dem Gesetz vorprogrammiert. So haben die Rückführung des Herstellerrabatts im Segment der Nicht-Festbetragsarzneimittel von 16 Prozent auf 6 Prozent sowie die Kompensation des Vorzieheffekts zu Mehrausgaben in der Größenordnung von 1,2 Mrd. Euro geführt.

Damit lässt sich ein Drittel des Ausgabenanstiegs um 3,6 Mrd. Euro erklären, ohne dass Veränderungen im Ordnungsverhalten oder bei den verordneten Produkten eine Rolle spielen.

Um Hinweise auf den verbleibenden Betrag von 2,4 Mrd. Euro zu bekommen, bedarf es einer differenzierten Analyse der Marktentwicklung auf der Ebene der Bruttoumsätze. Diese blendet gesetzliche Änderungen etwa bei Rabatten oder Zuzahlungen aus. Hierbei unterscheiden wir zwischen Mengen-, Preis- und Strukturentwicklung:

Die **Verordnungshäufigkeit**, also die Zahl der ärztlichen Verschreibungen, ist 2005 um 3,6 Prozent angestiegen. Das entspricht einem Umsatzplus um 809 Mio. Euro. Dieser Verordnungsanstieg gegenüber 2004 ist dabei teilweise als Artefakt zu betrachten, da er zu einem großen Teil auf den Vorzieheffekt des GMG mit Verordnungsverschiebungen von 2004 nach 2003 zurückzuführen ist.

Die **Preiskomponente** betrug im Jahr 2005 –0,5 Prozent. Dass die Preise nach dem Ende des Preismoratoriums weitgehend stabil geblieben sind, ist dabei ausschließlich auf die preisstabilisierende Wirkung der Festbeträge zurückzuführen. In diesem Segment sind die Preise um 3,4 Prozent gefallen. Für Arzneimittel ohne Festbeträge sind die Preise hingegen um 2,2 Prozent gestiegen. Damit wird erneut deutlich, dass sich das Festbetragssystem als wirksames Instrument bewährt hat.

Auch im Jahr 2005 hat sich die **Strukturentwicklung** bei den Arzneimittelverschreibungen umsatzsteigernd ausgewirkt. So hat die **Verschiebung der Verordnung zu anderen, teuren Medikamenten** einen Umsatzzanstieg von knapp 1,2 Mrd. Euro verursacht. Dies bedeutet eine ungebremte Verschiebung hin zur Verordnung teurerer Arzneimittel, die wir seit Jahren beobachten können und die sich von Kostendämpfungsgesetzen unbeeindruckt Jahr für Jahr manifestiert. So zeigen auch die ersten Analysen für das Jahr 2006, dass sich dieser Trend fortsetzt. Die Strukturkomponente hat im ersten Halbjahr 2006 mit 7,3 Prozent erneut für einen Umsatzzanstieg um 830 Mio. Euro geführt. Auch wenn die Regelungen des am 1. Mai 2006 in Kraft getretenen Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) nach ersten Schätzungen die weitere Ausgabenentwicklung abbremsen können, ist nicht mit entscheidenden Wirkungen auf die Struktur der Arzneimittelverordnungen zu rechnen.

Strukturelles Problem: Analogarzneimittel

Das Problem der Analogpräparate lässt sich nur teilweise über die differenzierte Analyse der Ausgabenentwicklung gegenüber dem Vorjahr abbilden. Herr Professor Schwabe hat bereits dargestellt, welche Analogpräparategruppen entscheidend zum Umsatzzanstieg beigetragen haben.

Ich möchte noch einmal betonen, dass Analogpräparate aus unserer Sicht nicht grundsätzlich gut oder schlecht sind. Wir begrüßen Analogwirkstoffe dann, wenn sie tatsächlich eine gleichgute Versorgungsqualität unserer Versicherten ermöglichen und gleichzeitig in einem Preiswettbewerb zu den andern Wirkstoffen ihrer therapeutischen Gruppe stehen. Konkurrenz belebt bekanntlich das Geschäft.

Analogpräparate führen jedoch dann zu einem finanziellen Ressourcenproblem in der Versorgung, wenn noch patentgeschützte Analogwirkstoffe mit kräftiger Unterstützung der Marketingmaßnahmen der Hersteller als Innovationen angepriesen werden, während therapeutisch vergleichbare Substanzen nach Ablauf ihres Patentschutzes bereits dem generischen Preiswettbewerb unterliegen. Damit ist eine qualitativ mindestens gleichwertige Versorgung zu deutlich niedrigeren Kosten möglich.

Die Einsparpotenzialberechnungen des Arzneiverordnungs-Reports zeigen dabei Jahr für Jahr, wie groß die Effizienzreserven tatsächlich sind. Konkret belaufen sie sich allein für den Bereich der Analogpräparate auf **1,6 Mrd. Euro**: Das sind knapp 7 Prozent des gesamten Arzneimittelumsatzes des Jahres 2005.

Arzneiverordnungs-Report und pharmazeutische Industrie

Der *Arzneiverordnungs-Report* gibt pharmaunabhängige Informationen zu Analogwirkstoffen und konkreten Substitutionsmöglichkeiten. Dem gegenüber steht nach wie vor ein Heer von Außendienstmitarbeitern der Pharmabranche, die über den Zugang zu den Praxen der Ärzte mannigfaltige Möglichkeiten haben, den Umsatz ihrer Produkte zu befördern.

Es ist für uns kaum einzusehen, dass die Pharmabranche ihre Außendienstmitarbeiter ausgerechnet mit den Prozessdaten der Krankenkassen steuern kann, die sie käuflich erwirbt.

Wohingegen pharmaunabhängige bzw. –kritische Informationsquellen in einer Art asymmetrischem Informationskrieg systematisch und keine Kosten scheuend zum Schweigen gebracht werden sollen. Ich erinnere an unsere Erfahrungen um die Reduzierung der umstrittenen Arzneimittel und der bekannten so genannten verfügbarsbeklagten Ausgabe des *Arzneiverordnungs-Reports 1997* und die aktuellen juristischen Auseinandersetzungen um die Liste der patentgeschützten Analogpräparate der nordrheinischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

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

Es gilt das gesprochene Wort!

Dr. Werner Gerdelmann
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)
und des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V. (AEV)

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

seit mehr als 20 Jahren ist der jährlich erscheinende *Arzneiverordnungs-Report (AVR)* für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ein verlässlicher Begleiter und Bewerter der vertragsärztlichen Arzneimittelverordnung. Aus dem ursprünglichen Wunsch der damaligen Projektträger des GKV-Arzneimittelindex, das Verordnungsgeschehen einer seriösen pharmakologisch-therapeutischen Bewertung zu unterziehen, ist heute ein umfassendes Kompendium entstanden, das den inländischen GKV-Arzneimittelmarkt praktisch lückenlos abdeckt und kommentiert.

Das Werk war zu Beginn sowohl hinsichtlich der zu Grunde liegenden Daten als auch im Hinblick auf die Aktualität der Aussagen nahezu konkurrenzlos. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Mitbewerbern, die zwar mitunter deutlich zeitnäher, jedoch mit teilweise nicht eindeutiger Interessenlage versuchen, sich am "Original" zu messen. Die Qualität des AVR wurde bisher nicht erreicht.

Insbesondere die Frage der Aktualität der Datengrundlage des AVR stellt jedoch mit Blick auf die daraus zu ziehenden Rückschlüsse in manchen Jahren ein Problem dar. Dies gilt vor allem dann, wenn sich die sozialgesetzlichen Rahmenbedingungen, wie im Arzneimittelbereich inzwischen schon die Regel, praktisch in jedem Jahr ändern. Auch das Jahr 2006 ist im Generikabereich geprägt worden durch massive Auswirkungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG). Neben der routinemäßigen Anpassung der bestehenden Festbeträge an geänderte Marktbedingungen zum 01.04.06 wurde zum 01.07.06 durch das AVWG eine erneute Überarbeitung notwendig. Hinzu kamen weitere deutliche Preisabsenkungen vor allem von Generika-Anbietern wegen der von den Spitzenverbänden bekannt gegebenen Schwellenwerte für Zuzahlungsfreistellungen. In den betroffenen Arzneimittelgruppen erreichen die Hersteller, wenn sie ihren Preis mindestens auf den Schwellenwert absenken, nicht nur eine Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung, sondern auch vom ebenfalls mit dem AVWG eingeführten zehnprozentigen Herstellerabschlag für Generika. Hier wurden bereits durch die Selbstverwaltungsebene der Spitzenverbände Anreize für weitere Preissenkungen gesetzt, da zum 01.11.2006 Zuzahlungsbefreiungsgrenzen für weitere 130 Festbetragsgruppen der Stufen 2 und 3 in Kraft treten. Damit werden natürlich die im

AVR 2006 getätigten Annahmen zu den vorhandenen Einsparpotenzialen deutlich relativiert: Das ursprünglich unterstellte Preisniveau, auf dessen Grundlage die erzielbaren Kosteneinsparungen errechnet wurden, ist inzwischen deutlich niedriger angesiedelt.

Die kassenartenübergreifende Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten von Festbeträgen bis zu Schwellenwerten für Zuzahlungsbefreiungen haben also eine hohe Effektivität hinsichtlich einer breiten Kostensenkung gezeigt. Insofern gehen auch Klagen wie die des Verbands Pro Generika ins Leere, der in einer Pressemitteilung vom 05.10.06 den Preisverfall bei den Generika als "Sabotage" der Kassenverbände verurteilt. Für den ebenfalls gesetzlich möglichen Abschluss zusätzlicher freiwilliger Rabattvereinbarungen zwischen Kassen und einzelnen Herstellern verbleibe so kein Raum mehr. Aus Sicht der Spitzenverbände handelt es sich dabei jedoch um Krokodilstränen, da sich die Nachlässe in den bisher öffentlich bekannt gewordenen Rabattvereinbarungen überwiegend im erweiterten Skontobereich bewegen, während die geschilderten Spitzenverbandsaktivitäten auf breiter Front Preisrückgänge von teilweise mehr als 30 Prozent ausgelöst haben.

Gleichzeitig machen diese Beispiele auch deutlich, dass die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen in der Lage ist, schnell und wirksam zu agieren, wenn denn die entsprechende Rechtsgrundlage ebenfalls klar und eindeutig formuliert ist!

Kontakt:

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

Hilfe für sparsame Pillentherapie

Der neue Arzneiverordnungs-Report belegt: Auch 2005 haben Ärzte wieder ohne Not viele teure Medikamente verschrieben. Dabei gibt es preiswerte Alternativen, die der Qualität der Therapie keinen Abbruch tun. Von Katrin Nink und Helmut Schröder

Die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen sind im Jahr 2005 um knapp 17 Prozent auf einen Rekordwert von 25,4 Milliarden Euro gestiegen. Ein Grund: Der Herstellerabschlag, der mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung nur für das Jahr 2004 von sechs auf 16 Prozent erhöht worden war, wurde im Jahr 2005 wieder auf sechs Prozent abgesenkt. Die Folge: Die Kassen hatten zusätzliche Ausgaben in Höhe von einer Milliarde Euro. Weiterer Kostentreiber: Der Trend zur Verordnung teurerer, aber nicht immer auch für den Patienten besserer Medikamente setzte sich fort. Dies verursachte im Jahr 2005 Mehrkosten in Höhe von knapp 1,2 Milliarden Euro. Auch im Jahr 2006 hält dieser Trend an: Im ersten Halbjahr sind die Ausgaben erneut um rund fünf Prozent gestiegen.

Information der Ärzte gefragt. Nach dem neuen Arzneiverordnungs-Report (AVR) hätten im Jahr 2005 jedoch insgesamt 3,5 Milliarden Euro eingespart werden können – ohne Qualitätsverlust in der Therapie – wenn die Ärzte konsequent preiswerte wirkstoffgleiche Generika statt teurer Originalpräparate und anstelle teurer patentgeschützter Analogsubstanzen preiswerte Generika des bereits patentfreien Wirkstoffs verschrieben hätten, und wenn sie Medikamente, deren Wirkung als umstritten gilt, nicht mehr verordnet hätten.

Damit die Ärzte das mögliche Einsparvolumen realisieren können, müssen sie über ihr Ordnungsverhalten informiert werden. Auch müssen die Mediziner wissen, welche Medikamente durch preiswerte, qualitativ vergleichbare Präparate ersetzt werden können. Dafür haben beispielsweise in

Nordrhein Kassen und KV gemeinsam eine so genannte Analogliste erstellt. Sie enthält Präparate, auf die – ohne Einschränkung der Therapiequalität – verzichtet werden kann und für die preiswertere Alternativen vorhanden sind. Dies war möglich, da in den nordrheinischen Arzneimittelvereinbarungen für das Jahr 2006 arztbezogene individuelle Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele bei Generika und Me-too-Präparaten festgelegt wurden. Werden diese nicht erreicht, müssen die Ärzte mit Honorarabzügen rechnen. Erste Auswertungen zeigen: Die Zielvereinbarungen – flankiert von Verordnungsempfehlungen – haben den Umsatz der nordrheinischen Ärzte bei den auf der Analogliste aufgeführten Präparaten im ersten Quartal 2006 gegenüber dem Vorjahresquartal um 2,1 Prozent sinken lassen. Im Vergleich dazu hat bundesweit deren Umsatz um 11,8 Prozent zugenommen.

Hinweise für hochwertige Behandlung.

Auch der neue AVR gibt detaillierte und praxisnahe Informationen für die Ärzte anhand der bundesweiten Rezeptdaten, die im Wissenschaftlichen Institut der AOK analysiert werden. So benennt er erstmals für die 300 umsatzstärksten Analogpräparate konkrete Substitutionsmöglichkeiten – wichtige Hinweise für Ärzte, wie eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Arzneitherapie realisiert werden kann. ■

Katrin Nink ist Projektleiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). **Helmut Schröder** ist dort Forschungsbereichsleiter.
Kontakt: Katrin.Nink@wido.bv.aok.de,
Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

MEHR INFOS:

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2006. 1.141 Seiten, 36,95 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Einsparpotenzial bei Verzicht auf patentgeschützte Analogpräparate

Krankheiten/Medikamente	Millionen Euro
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	564,40
Schmerz- und Rheumamittel	387,65
Magen-Erkrankungen	247,28
Diabetes	165,67
Psychopharmaka	104,53
Sonstige	90,93
Augenkrankheiten	16,58
Asthma	10,07
Osteoporose	8,17
Hautkrankheiten	3,97
Antibiotika	3,70
Gesamt	1.602,95

Würden die Ärzte anstelle patentgeschützter Analogpräparate preiswerte Generika verschreiben, ließen sich insgesamt über 1,6 Milliarden Euro einsparen. Allein bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen beläuft sich das mögliche Einsparvolumen auf rund 564 Millionen Euro.

Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2006