

Arzneiverordnungs-Report 2004

Kostenflut der Arzneimittelversorgung gebremst? Daten, Analysen und Ausblicke auf die aktuelle Marktentwicklung

Freitag, 15. Oktober 2004, 12.00 Uhr
Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin-Mitte

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
Ulla Schmidt	Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
Dr. med. Leonhard Hansen	Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Kostenflut der Arzneimittelversorgung gedämmt

Trotz massiver Gesetzesregelungen nur bescheidener Rückgang/Schwerpunktthema: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel/Arzneiverordnungs-Report erscheint in diesem Jahr zum 20. Mal

Berlin, 15. Oktober 2004

Erstmals seit 1997 konnte 2003 die Kostenflut der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingedämmt werden. Ursache dafür ist in erster Linie das Beitragssatzsicherungsgesetz, das die Rabatte für Krankenkassen seitens der Arzneimittelhersteller, Großhändler und Apotheker änderte. Doch trotz dieser massiven gesetzlichen Regelung bleibt bei Betrachtung der realen Arzneimittelkosten ohne Rabatte insgesamt nur ein geringer Rückgang von 1,1 Prozent. Die Arzneimittelkosten beliefen sich demzufolge einschließlich Zuzahlungen auf 21,1 Mrd. Euro und reduzierten sich im Vergleich zum Vorjahr (21,3 Mrd.) um lediglich 235 Mio. Euro. Der größte Teil der Rabatte wurde durch weiter steigende Kosten aufgebraucht. Werden die erhöhten Rabattvorteile nicht berücksichtigt, so lässt sich 2003 bei den Arzneimittelumsätzen ein nahezu gleicher Anstieg von 6,3 Prozent auf 24,1 Mrd. Euro (Vorjahr 6,5 Prozent auf 22,7 Mrd. Euro) ermitteln. Der im Wissenschaftsverlag Springer erschienene *Arzneiverordnungs-Report 2004 (AVR)* der Herausgeber Prof. em. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath analysiert die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen des Jahres 2003. Erstmals nennt und bewertet diese Ausgabe 500 nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Der *Arzneiverordnungs-Report* erscheint in diesem Jahr zum 20. Mal.

Der Report gibt einen Überblick über die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen und macht Vorschläge zur Nutzung von Einsparpotenzialen in wichtigen Arzneimittelgruppen. Neben den erhöhten Rabatten hat der Report vor allem die Verschreibung von Generika als Kostensenker ausgemacht. So hielt auch 2003 der langjährige Trend zur Verordnung von Generika an, vor allem durch den Patentablauf bei den Statinen (Cholesterinsenker). Damit wurden zum Beispiel allein bei *Simvastatin* Einsparungen von 220 Mio. Euro erzielt. Weiterhin, so der Heidelberger Pharmakologe Schwabe auf der Berliner Pressekonferenz, seien die diesjährigen Verordnungsdaten ein gutes Beispiel dafür, wie Ergebnisse der Evidenz-basierten Medizin nicht nur zu einer Qualitätsverbesserung, sondern auch zu einer Kostenreduktion führen können. Als Beispiel dafür nannte er den auffälligen Rückgang von klimakterischen Hormonersatzpräparaten infolge einer geänderten Nutzen-Risiko-Bewertung oder das Antidementivum *Donepezil*, dessen Nutzenbewertung bei der Behandlung von Alzheimerpatienten durch eine britische Studie unter einer minimal relevanten Schwelle angesiedelt wird.

Noch offene Einsparpotenziale

Trotz vieler Kostensenkungen gibt es noch immer ein großes Einsparpotenzial, das der *Arzneiverordnungs-Report* für 2003 auf 4,5 Mrd. Euro beziffert. Für die Generika haben die Herausgeber Wirtschaftlichkeitsreserven von 1,45 Mrd. Euro errechnet. Bei den Analogpräparaten sind die Einsparpotenziale um 510 Mio. Euro auf 2,0 Mrd. Euro angestiegen, bei den umstrittenen Arzneimitteln sind sie im Vergleich zum Vorjahr um 122 Mio. Euro auf 1 Mrd. Euro zurückgegangen. Schwabe lobte an dieser Stelle die Bemühungen der Ärzteschaft, die in den vergangenen zehn Jahren bereits 6,7 Mrd. Euro durch ihr kostenbewusstes Ordnungsverhalten im Bereich der umstrittenen und generischen Präparate eingespart haben.

Insgesamt belegt der Report, dass die Arzneimittelausgaben weiterhin einen wesentlichen Kostenfaktor der Gesetzlichen Krankenversicherungen darstellen: Durch den steten Umbau der Arzneimittelversorgung verteuert sich die Arzneimitteltherapie in Deutschland. Der Trend geht ungebrochen hin zu neuen patentgeschützten Medikamenten und weg von altbewährten Präparaten, die in der Regel deutlich preiswerter oder als Generika verfügbar sind. Dabei profitieren die Hersteller von dem Glauben der Ärzte und Patienten, alle neuen und teuren Wirkstoffe seien auch „innovativ“ und brächten einen Fortschritt für die Therapie, so AVR-Herausgeber Paffrath. Dass dem nicht so ist und was dies dann kostet, zeigt der *Arzneiverordnungs-Report* Jahr für Jahr. Die Folge ist unter anderem, dass sich die GKV-Gesamtausgaben im Jahr 2003 auf 144,5 Mrd. Euro (Vorjahr 143 Mrd. Euro) belaufen und somit erneut ein finanzielles Defizit von 2,9 Mrd. Euro aufweisen.

500 nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bewertet

Schwerpunkt des diesjährigen *Arzneiverordnungs-Reports* bilden die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die ab 2004 nicht mehr von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. 2003 hatten sie ein Umsatzvolumen von 2,1 Mrd. Euro. Die Herausgeber des Reports haben die umsatzstärksten 500 rezeptfreien Medikamente aufgelistet und deren Nutzen bewertet. Dies kommt den Patienten ab sofort zugute, da sie hier Auskunft über die Wirksamkeit von rezeptfreien Arzneimitteln erhalten, die seit 1. Januar 2004 ohne ärztliches Rezept in der Apotheke gekauft werden können. Würden Patienten dies bei ihrer Kaufentscheidung berücksichtigen, könnten sie durch Verzicht auf umstrittene Arzneimittel insgesamt 640 Mio. Euro sparen. Darüber hinaus zeigt sich, dass rezeptfreie Arzneimittel in der Regel preiswerter sind als rezeptpflichtige. Doch nur die wenigsten Patienten wissen, dass identische Präparate rezeptfrei oder rezeptpflichtig im Handel sein können und erhebliche Preisunterschiede aufweisen.

Dank der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als größten Projektträgern des GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) stehen jährlich die entsprechenden Arzneimittelverordnungsdaten zur Verfügung. Auf der Basis von 800 Millionen kassenärztlichen Verordnungen analysiert der Report die Verordnungs- und Umsatzentwicklung und formuliert neue Therapie-Trends. Konkrete Wirkstoffgruppen und Präparate werden in 46 pharmakologischen Kapiteln dargestellt. Darüber hinaus geben die Autoren in diesem Report klare Empfehlungen – auch für einzelne Arztgruppen – damit die errechneten Einsparpotenziale in der Praxis umgesetzt werden können. 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. Bislang gibt es in Europa keine vergleichbare wissenschaftliche Bewertung von Arzneimittelverordnungen.

Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath (Hrsg.):

Arzneiverordnungs-Report 2004

Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare

Springer Berlin, Heidelberg; 2005. 1290 S., 60 Abb., 250 Tab.

Broschiert, EUR 29,95; ISBN 3-540-21359-7

Kontakt:

Renate Bayaz, Springer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,

Tel.: 06221/ 487-8531, E-mail: renate.bayaz@springer-sbm.com

Pressekonferenz 15. Oktober 2004

Grafiken aus *Arzneiverordnungs-Report 2004*

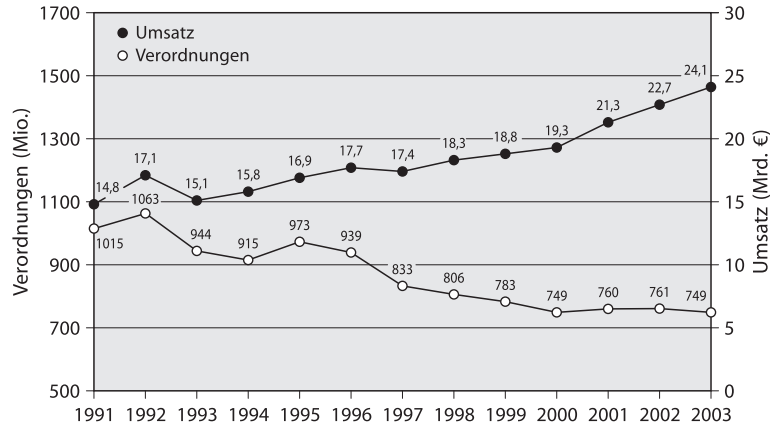


Abbildung 1.1
(Seite 4)

Entwicklung von Verordnungen und Umsatz 1991 bis 2003 im GKV-Fertigarzneimittelmarkt (ab 2001 mit neuem Warenkorb)

Arzneiverordnungs-Report 2004
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005

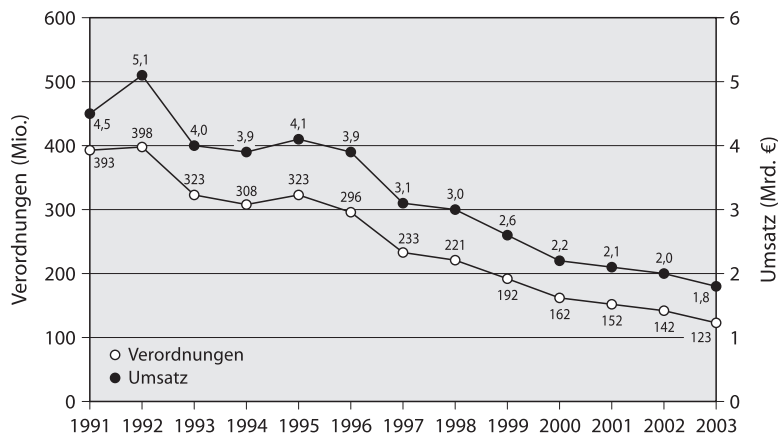


Abbildung 1.8
(Seite 24)

Verordnungen und Umsatz umstrittener Arzneimittel 1991–2003

Arzneiverordnungs-Report 2004
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005

Pressekonferenz 15. Oktober 2004

Tabellen aus *Arzneiverordnungs-Report 2004*

Die verordnungsstärksten Indikationsgruppen 2003

Rang 2003	Indikationsgruppe	Verordnungen		Umsatz		Kosten*	
		(Mio.)	% Änd.	(Mio. €)	% Änd.	(Mio. €)	% Änd.
1	Analgetika/ Antirheumatika	93,0	-0,5	1735,4	11,1	1512,6	2,9
2	Beta-,Ca-Bl., Angio- tensin-Hemmst.	60,1	6,7	1786,1	4,3	1592,7	-1,2
3	Antibiotika	41,8	-1,0	1164,0	2,0	1026,5	-4,4
4	Magen-Darm-Mittel	41,6	-2,5	1524,7	10,4	1333,0	2,6
5	Psychopharmaka	38,3	-1,3	1467,0	10,0	1271,9	1,4
6	Antitussiva/ Expektorantia	35,8	-9,0	225,8	-8,8	206,6	-11,4
7	Antihypertonika	31,4	11,1	1879,6	11,9	1611,8	2,0
8	Dermatika	28,2	-6,6	406,1	-2,1	361,4	-7,5
9	Antiasthmatika	27,4	-4,9	1219,1	4,7	1047,1	-4,4
10	Antidiabetika	26,4	6,2	1460,0	10,8	1258,5	1,5
11	Ophthalmika	26,1	-3,8	371,8	4,2	325,4	-3,0
12	Diuretika	21,3	7,2	419,2	6,2	376,5	1,4
13	Rhinologika	19,5	-8,1	111,9	-5,6	102,0	-8,5
14	Schilddrüsen- therapeutika	19,0	6,2	184,8	6,3	167,0	2,1
15	Sexualhormone	16,5	-12,5	439,3	-9,9	388,2	-15,4
16	Lipidsenker	12,8	6,1	1228,8	-2,7	1034,2	-12,9
17	Koronarmittel	12,7	-7,4	275,6	-11,2	249,4	-14,7
18	Thrombozyten- aggregationshemmer	12,5	10,5	419,3	28,8	354,1	15,6
19	Mineralstoffpräparate	11,0	-3,0	184,2	1,1	170,1	-0,8
20	Antiallergika	9,8	-7,2	324,4	-4,2	285,3	-10,5
Summe der Ränge 1 bis 20		585,1	-0,6	16827,1	5,8	14674,3	-1,9
Gesamtmarkt GKV-Rezepte mit Fertigarzneimitteln		749,0	-1,6	24121,1	6,3	21102,9	-1,1

Tabelle 1.1
(Seite 5)

* Die Kosten umfassen Ausgaben der GKV sowie die Zuzahlung der Versicherten. Im Gegensatz zum Fertigarzneimittelumsatz sind jedoch Rabatte auf den verschiedenen Ebenen der Distributionskette in Höhe von 3018,2 Mio. € bereits abgezogen.

Entwicklung der Einsparpotentiale durch Generika, Analogpräparate und umstrittene Arzneimittel im Jahr 2003

Wirkstoff	Umsatz 2002 Mio. €	Umsatz 2003 Mio. €	Differenz Mio. €	
Generikafähige Wirkstoffe				
Umsatz aller generikafähigen Wirkstoffe	9.916,0	10.818,1	902,1	
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	43,7 %	44,8 %		
Gesamtumsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	8.809,7	9.527,3		
Preisgünstigster Umsatz ohne umstrittene Wirkstoffe	7.383,1	8.072,4		
Einsparpotential	1.426,5	1.454,9	28,4	
Analogpräparate				
Gesamtumsatz	3.637,7	4.781,2	1143,5	
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	16,0 %	19,8 %		
Umsatz nach generischer Substitution	3.305,3	4.424,0		
Umsatz nach Wirkstoffsubstitution	1.811,2	2.420,0		
Einsparpotential	1.494,1	2.004,0	509,9	
Umstrittene Arzneimittel				
Gesamtumsatz	1.768,0	1.762,1	-5,9	
Umsatzanteil am Gesamtmarkt	7,8 %	7,3 %		
Substitution durch wirksame Arzneimittel	627,9	743,3		
Einsparpotential	1.140,9	1.018,8	-122,1	
Gesamtsumme der Einsparpotentiale		4.061,5	4.477,7	416,2
Umsatzanteil am Gesamtmarkt		17,9 %	18,6 %	

Tabelle 1.8
(Seite 32)

Pressekonferenz 15. Oktober 2004

Tabellen aus *Arzneiverordnungs-Report 2004*

Einsparpotentiale umsatzstarker Analogpräparate 2003. Angegeben sind die 30 umsatzstärksten Präparate mit definierten Tagesdosen (DDD), Umsatz, Substitutionsvorschlägen mit den durchschnittlichen DDD-Kosten, Substitutionskosten und dem resultierenden Einsparpotential.

Analogpräparat	Umsatz Mio. €	DDD in Mio.	Substitutionsvorschläge (Beispiele)	DDD-Kosten €	Substitutionskosten Mio. €	Einsparpotential Mio. €
Sortis	515,5	541,8	Simvastatin-ratioph.	0,46	249,3	266,2
Pantozol	232,3	83,3	Omeprazol AL	1,28	106,7	125,7
Norvasc	195,1	317,4	Nitren-1A Pharma	0,10	31,7	163,4
Nexium Mups	184,7	132,2	Omeprazol AL	1,28	169,2	15,4
Beloc	149,9	180,1	Atenolol-1A Pharma	0,22	39,6	110,3
Delix/-protect	133,5	369,6	enalapril-corax	0,21	77,6	55,8
Pravasin	118,4	74,9	Simvastatin-ratioph.	0,46	34,5	84,0
Amaryl	101,4	260,5	Glibenclamid AL	0,09	23,4	78,0
Delix plus	91,2	112,1	Enahexal comp	0,51	57,2	34,0
Dilatrend	83,8	50,7	bisoprolol-corax	0,31	15,7	68,1
Gonal	79,3	1,6	Menotropin	34,39	55,5	23,9
Locol	69,2	63,3	Simvastatin-ratioph.	0,46	29,1	40,1
Unat	67,8	101,7	Furosemid AL	0,09	9,2	58,6
Nebilet	67,0	82,8	Atenolol-1A Pharma	0,22	18,2	48,8
Omnic	63,9	54,3	Uriduct	1,04	56,5	7,4
Torem	63,1	98,7	Furosemid AL	0,09	8,9	54,2
Alna	61,0	51,8	Uriduct	1,04	53,9	7,1
Rifun	58,5	20,6	Omeprazol AL	1,28	26,4	32,0
Xalatan	52,2	48,7	Lumigan	0,85	41,4	10,9
Zoloft	50,5	37,6	Fluoxetin beta	0,51	19,2	31,4
Agopton	48,3	17,8	Omeprazol AL	1,28	22,8	25,5
Aquaphor	42,7	127,0	HCT von ct	0,10	12,7	30,0
Querto	39,9	25,1	bisoprolol-corax	0,31	7,8	32,2
Carmen	39,3	73,3	Nitren-1A Pharma	0,10	7,3	32,0
Pentalong	39,2	68,6	Nitrosorbon	0,21	14,4	24,8
Puregon	36,1	0,7	Menotropin	34,39	25,5	10,6
Cranoc	35,6	32,9	Simvastatin-ratioph.	0,46	15,2	20,5
Insidon	33,9	46,1	Amineurin	0,31	14,3	19,6
NovoNorm	33,9	25,1	Glibenclamid AL	0,09	2,3	31,6
Cipramil	33,8	23,7	Fluoxetin beta	0,51	12,1	21,7
Summe hier	2.821,3	3.124,2			1.257,4	1.563,9
Alle 33 Analogpräparategruppen	4.781,2	6.782,6			2.420,0	2.004,0

Tabelle 1.5
(Seite 22)

Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2004*

15. Oktober 2004 in Berlin

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

Es gilt das gesprochene Wort!

Die Kostenbremse beginnt zu wirken

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

Kostensenkung durch höhere Arzneimittelrabatte

Die wichtigste Botschaft unseres Buches lautet: die Kostenbremse beginnt zu wirken. Erstmals seit 1997 sinken die Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Ursache ist das Beitragssatz-Sicherungsgesetz, das Kassenrabatte für Arzneimittelhersteller und Großhändler einführt und die Apothekenrabatte erhöhte. Dadurch sind die Arzneimittelrabatte von 1,5 Mrd. Euro auf 3,0 Mrd. Euro gestiegen.

Die Darstellung der realen Arzneimittelkosten ohne Kassenrabatte zeigt jedoch, daß der massive Eingriff 2003 nur eine bescheidene Kostenreduktion von 1,1% bewirkte. Die Arzneimittelkosten betragen einschließlich Zuzahlungen 21,1 Mrd. Euro und lagen im Vergleich zum Vorjahr nur um 235 Mio. Euro niedriger. Der größte Teil der erhöhten Rabatte wurde durch weiter steigende Kosten wieder aufgezehrt. Erst im ersten Halbjahr 2004 sind die Arzneimittelausgaben deutlich um 1,4 Mrd. Euro zurückgegangen, da neben erhöhten Arzneimittelrabatten die Patienten höhere Zuzahlungen leisten und rezeptfreie Arzneimittel größtenteils selbst bezahlen müssen.

Kostensenkung durch Generika

Ein zweiter Punkt ist die Kostensenkung durch Generika. Der langjährige Trend zur Verordnung von Generika ist auch 2003 ungebrochen. Ihr Verordnungsanteil ist seit 1981 von 11% auf 54% im Gesamtmarkt angestiegen. Besonders auffällig waren 2003 die Kostensenkungen durch die ersten Patentabläufe von Statinen (Cholesterinsynthesehemmern). Damit wurden allein bei Simvastatin (Zocor[®], Denan[®]) Einsparungen von 220 Mio. Euro erzielt.

Wenn auch Analogpräparate der Statine substituiert werden, ergibt sich ein weiteres Einsparpotential von 476 Mio. Euro. Zusammen mit dem generischen Einsparpotential von Simvastatin (107 Mio. Euro) sind Reserven von 583 Mio. Euro vorhanden. Bei einem Statinumsatz von 1,1 Mrd. Euro können mit Simvastatingenerika in Zukunft über die Hälfte der Arzneimittelausgaben in diesem bedeutsamen Indikationsgebiet eingespart werden.

Kostensenkung durch Evidenz-basierte Medizin

Weiterhin geben die diesjährigen Verordnungsdaten ein gutes Beispiel, wie Ergebnisse der Evidenz-basierten Medizin nicht nur zu einer Qualitätsverbesserung, sondern auch zu einer Kostensenkung führen können:

- Nach der WHI-Studie ist es auch in Deutschland zu einem auffälligen Rückgang der klimakterischen Hormonersatztherapie gekommen, da sich die Risikobewertung grundsätzlich geändert hat. Damit verbunden war eine Kostensenkung von 58 Mio. Euro.
- Die MATCH-Studie zeigt, daß Clopidogrel (Iscover[®], Plavix[®]) zusammen mit Acetylsalicylsäure keinen Zusatznutzen bei der Sekundärprävention des Schlaganfalls hatte, sondern die Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen erhöhte. Clopidogrel ist 90fach teurer als Acetylsalicylsäure. Der Umsatz von Clopidogrel beträgt 357 Mio. Euro, geschätztes Einsparvolumen 180 Mio. Euro.
- Die britische AD2000-Studie hat bei Alzheimerpatienten gezeigt, daß der Cholinesterasehemmer Donepezil (Aricept[®]) keinen Nutzen auf die Zeit bis zur Pflegeheimweisung oder das Fortschreiten der Alltagsbeeinträchtigung hatte. Die Interpretation der Autoren ist vernichtend: Donepezil ist nicht kosteneffektiv und liegt mit seinem Nutzen unter einer minimal relevanten Schwelle.
- Das neueste Beispiel ist der COX-2-Hemmer Rofecoxib (Vioxx[®]). Nach der vorzeitig abgebrochenen APPROVe-Studie ist allein in Deutschland mit etwa 7000 kardiovaskulären Ereignissen (vor allem Schlaganfälle, Herzinfarkte) seit der Zulassung im Jahre 1999 zu rechnen. In den USA wird bereits eine Untersuchung durch den Kongress gefordert, um die Verantwortung der Firma MSD und der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA für die Vernachlässigung der öffentlichen Gesundheit zu klären. Wichtig wäre aber auch der vorbeugende Gesundheitsschutz bei vier neuen COX-2-Hemmern, Parecoxib (Dynastat[®]), Valdecoxib (Bextra[®]), Etoricoxib (Arcoxia[®]), Lumiracoxib (Prexige[®]), bei denen kardiovaskuläre Risiken nur ungenügend oder gar nicht geprüft worden sind.

Kostensenkung durch rezeptfreie Arzneimittel

Erstmals berichten wir über nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, da sie ab 2004 aus der Arzneimittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. 2003 hatten sie ein Umsatzvolumen von 2,1 Mrd. Euro.

In Wirklichkeit wird die Belastung der Patienten deutlich niedriger sein, da verschiedene Kosten abzurechnen sind:

- Die Patienten haben schon bisher Zuzahlungen von 330 Mio. Euro für ärztlich verordnete, rezeptfreie Präparate geleistet.
- Abzurechnen sind auch die Ausnahmeregelungen für Kinder (277 Mio. Euro) und schwerwiegende Krankheiten nach der Ausnahmeliste (537 Mio. Euro).
- Schließlich gehören viele rezeptfreie Präparate zu den umstrittenen Arzneimitteln, ihre Kosten betragen 954 Mio. Euro. Umstrittene Arzneimittel haben keinen gesicherten Nutzen und sind nicht für die Selbstmedikation geeignet. Wenn Patienten auf umstrittene Arzneimittel verzichten, reduziert sich die Kostenbelastung auf 363 Mio. Euro.

Der Gesetzgeber ist jedoch einer Nutzenbewertung rezeptfreier Arzneimittel ausgewichen. Um die Patienten trotzdem von unnötigen Kosten zu entlasten, haben wir über 500 rezeptfreie Arzneimittel aufgelistet und ihren Nutzen bewertet.

Bei dieser Auflistung sind uns weitere Besonderheiten aufgefallen. Rezeptfreie Arzneimittel sind in der Regel billiger als rezeptpflichtige. Aber nur Kenner wissen, daß identische Präparate rezeptfrei oder rezeptpflichtig im Handel sind und erhebliche Preisunterschiede aufweisen

(z. B. 10 Kps. Loperamid AL akut rezeptfrei für 2,42 Euro, 10 Kps. Loperamid AL rezeptpflichtig für 10,78 Euro).

Grund für diesen 5-fachen Preisunterschied ist die Aufhebung der Arzneimittelpreisverordnung für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel. Diese Liberalisierung in einem kleinen Segment des Arzneimittelmarktes ist ein entscheidender Schritt der Gesundheitsreform und hat die Kostenbelastung der Patienten hier wesentlich gesenkt.

Einsparpotentiale

Trotz vieler Kostensenkungen gibt es weiterhin Einsparpotentiale bei der Arzneimittelversorgung. Das wird von einigen Markteteiligen nicht gern gesehen. Die GKV-Arzneimittelausgaben sind gesetzlich geregelt und werden durch öffentlich-rechtliche Institutionen umgesetzt. Die Öffentlichkeit hat also ein Recht darauf, über mögliche Einsparungen informiert zu werden. 2003 sind die Wirtschaftlichkeitsreserven auf 4,5 Mrd. Euro angestiegen. Sie verteilen sich auf folgende Sektoren:

- Bei den Generika haben wir weiterhin Kostenreserven von 1,45 Mrd. Euro (Vorjahr 1,43) berechnet. Hier haben die Kassenärzte bisher 3,4 Mrd. Euro eingespart.
- Bei den Analogpräparaten sind die Einsparpotentiale um 500 Mio. Euro auf 2,0 Mrd. Euro angestiegen. Ursache ist vor allem der Patentablauf umsatzstarker Arzneimittel.
- Schließlich folgen die umstrittenen Arzneimittel mit 1,0 Mrd. Euro, die im Vergleich zum Vorjahr um 122 Mio. Euro zurückgegangen sind. Auch hier haben die Kassenärzte in den vergangenen 10 Jahren Einsparungen von 3,3 Mrd. Euro erzielt.

Damit hat die Ärzteschaft bisher bereits 6,7 Mrd. Euro eingespart, das heißt über die Hälfte des Einsparvolumens von 11,2 Mrd. Euro.

Weiterhin haben wir analysiert, wie sich Verordnungen und Einsparpotentiale auf die einzelnen Arztgruppen verteilen. Das Gros der Arzneiverordnungen wird von Allgemeinärzten (11,6 Mrd. Euro), Internisten (5,9 Mrd. Euro) und Nervenärzten (1,7 Mrd. Euro) bewältigt. Besonders hohe Einsparvolumina entfallen auf Allgemeinärzte (2,7 Mrd. Euro) und Internisten (1,1 Mrd. Euro). Bei den Allgemeinärzten sind vermutlich viele Arzneiverordnungen durch Krankenhäuser und Fachärzte vorgegeben. Auch aus diesem Grunde ist es schwierig, die hohen Einsparpotentiale kurzfristig zu erschließen.

Ausblick

Zum Schluß möchte ich einige Vorschläge formulieren, um die enormen Wirtschaftlichkeitsreserven besser zu realisieren:

- Abschaffung der Arzneimittelpreisverordnung für Generika, da preisgünstige Generika durch die neue Apothekengebühr enorm verteuert wurden.
- Analogpräparate: Hier hat das AMG eine wesentliche Fehlsteuerung beseitigt, da jetzt patentgeschützte Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen unter Festbetrag gestellt werden können. Das anvisierte Einsparvolumen von 1 Mrd. Euro liegt jedoch deutlich unter den berechneten Einsparungen von 2 Mrd. Euro allein bei den Analogpräparaten.
- Umstrittene Arzneimittel: Auch hier hat das AMG mit dem Ausschluß nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel eine wichtige Reform eingeleitet, da Kosten von 945 Mio. Euro durch umstrittene rezeptfreie Präparate bedingt sind. Der Bundesausschuß hat allerdings umstrittene Mittel für 162 Mio. Euro auf die Ausnahmeliste gesetzt und damit die Kriterien der Evidenz-basierten Medizin umgangen.
- Einführung einer echten 10%igen Zuzahlung für Arzneimittel ohne den Sockelbetrag von 5 Euro. Damit würden die Krankenkassen zwar mit 750 Mio. Euro belastet, aber zu-gleich

die Patienten um den gleichen Betrag entlastet. Der entscheidende Effekt wäre jedoch, das Interesse der Patienten an den Arzneimittelkosten zu stärken und sie mit einer geringeren Zuzahlung für preisgünstige Arzneimittel zu belohnen. Damit würde die Nachfrage nach kostengünstigen Arzneimitteln erhöht und auf breiter Front eine Kostensenkung in Gang gesetzt.

Im übrigen hoffen wir, daß die Daten des neuen Arzneiverordnungs-Reports die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt erhöhen und daß unser vor 20 Jahren gestartetes Projekt erfolgreich weiter wirkt.

Kontakt:

Renate Bayaz, Springer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,

Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: renate.bayaz@springer-sbm.com

Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2004*

15. Oktober 2004 in Berlin

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

Es gilt das gesprochene Wort!

Die gesetzlichen Regelungen des GMG zeigen Wirkung, sind aber nicht nachhaltig

Die Entwicklung des Arzneimittelmarktes 2003, den wir im *Arzneiverordnungs-Report 2004* differenziert analysiert haben, und die deutliche Kostendämpfung durch das GMG im ersten Halbjahr 2004 dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach Aufhebung der Arzneimittelbudgets die Ausgabendynamik eine andere Qualität bekommen hat.

Bescheidene Kostenreduktion 2003

Die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen haben in 2003 21,1 Mrd. Euro betragen und sind somit trotz der gesetzlichen Regelungen nur um 1,1 % zurückgegangen. Betrachtet man den GKV-Fertigarzneimittelumsatz, der neben den Arzneimittelausgaben der Krankenkassen auch die Zuzahlungen der Versicherten (2003: 1,8 Mrd. Euro) und die gesetzlichen Rabatte (2003: 3,1 Mrd. Euro) beinhaltet, zeigt sich gar eine Marktdynamik von +6,3%, der Umsatz erreicht ein Niveau von 24,1 Mrd. Euro. Dabei ist die Bruttoentwicklung der Indikator für die eigentliche Marktdynamik. Sie charakterisiert unabhängig von gesetzlichen Interventionen, z. B. veränderte Rabattierungen oder Zuzahlungsregelungen, das eigentlich erreichte Marktniveau.

Bei der Analyse der Bruttoumsatzentwicklung unterscheiden wir zwischen Mengen-, Preis- und Strukturentwicklung:

- Die **Verordnungshäufigkeit**, also die Zahl der ärztlichen Verschreibungen, ist 2003 um 1,6 % zurückgegangen, was einem umsatzmindernden Effekt von 383,8 Mio. Euro entspricht.
- Die **Preiskomponente** betrug –0,6 %, was wesentlich dem System der Festbeträge zu verdanken ist.
- Entscheidend war auch 2003 wie in den Vorjahren die **Strukturentwicklung** im Markt, die mit +9,1% bzw. einer Umsatzsteigerung von 2,0 Mrd. Euro wirksam wurde, vor allem bedingt durch eine Verschiebung hin zur Verordnung teurerer Arzneimittel.

Der ausgeprägte Struktureffekt bei moderaten Mengen- und Preisbewegungen begleitet uns schon seit Jahren. So hat sich der Wert je verordnete Arzneimittelpackung seit 1997 von 15,98 Euro auf 32,21 Euro im Jahre 2002 mehr als verdoppelt.

Zu dem von Prof. Schwabe genannten Einsparpotenziale in Höhe von 4,5 Mrd. € möchte ich folgendes anmerken: Wenn wir diese Potenziale nennen, so ist damit nicht unterstellt, sie könnten von heute auf morgen erschlossen werden. Gleichwohl geben sie aber die Zielmarke an. Schließlich könnte die Arzneimitteltherapie ohne Qualitätsverlust entsprechend kostengünstiger erbracht werden, der Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung würde entsprechend entlastet.

GMG-Erfolge im Arzneimittelmarkt des ersten Halbjahres 2004

Werfen wir einen Blick auf die aktuelle Marktentwicklung. Die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen im ersten Halbjahr 2004 zeigen deutlich die Wirkung der auf Arzneimittel bezogenen Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG). Insgesamt stellen wir in der GKV bei den Leistungsausgaben je Mitglied einen Rückgang von 3,5 % gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum fest. Bei den Arzneimitteln liegt der Rückgang bundesweit bei eindrucksvollen 12,5 %.

Vor allem die folgenden GMG-Auswirkungen bestimmen die rückläufige Entwicklung der Arzneimittelausgaben im ersten Halbjahr 2004:

Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Versorgung durch die GKV (mit Ausnahmetatbeständen für Kinder und ausgewählte Arzneimittelgruppen).

Vorzieheffekt Ende des Jahres 2003, d. h. vor Inkrafttreten des GMGs kam es zu vorgezogenen Arzneiverordnungen, was Anfang 2004 ausgabenmindernd wirkte.

Kostendämpfend wirkt die Erhöhung der Arzneimittelzuzahlung mit der Umstellung auf eine prozentuale Zuzahlung von 10 % bei mindestens 5 und höchstens 10 je Packung für die GKV, wobei hier die Auswirkung gegenwärtig noch nicht quantifiziert werden kann, da die Effekte der veränderten Härtefallregelungen noch nicht bekannt sind.

Weitere dämpfende Wirkung kommt dem für das Jahr 2004 auf 16% erhöhten Herstellerrabatt für verschreibungspflichtige Nichtfestbetragsarzneimittel zu. Der Herstellerrabatt an die Kassen erhöht sich außerdem – wie bereits im Jahr 2003 – automatisch um den Betrag einer Erhöhung des Herstellerabgabepreises, was faktisch ein Preismoratorium bis Ende des Jahres 2004 bedeutet.

Wie sich diese einzelnen Elemente des GMG letztlich auf das Ordnungsverhalten der Ärzte und den Arzneimittelmarkt des Jahres 2004 ausgewirkt haben, darüber wird Ihnen der Arzneiverordnungs-Report 2005 in einem Jahr differenziert Aufschluss geben. Zugleich ist aber auch jetzt schon festzustellen, dass die benannten GMG-Effekte des Jahres 2004 entweder Ende des Jahres auslaufen oder im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung der GKV eine Einmalwirkung in 2004 haben und für die Dynamik in 2005 keine Wirkung mehr entfalten.

Deutliche Steigerung der Arzneimittelausgaben 2005 erwartet

Die aktuellen Auswertungen der Krankenkassen zeigen, dass für 2005 leider eine ungünstigere Kostenentwicklung zu erwarten ist:

- Ein unverändertes Ordnungsverhalten wird zu einer Mengenzunahme führen, da im Basisjahr 2004 aufgrund des Vorzieheffektes Ende 2003 weniger verordnet wurde. Zugleich spricht nichts für weitere Ordnungsrückgänge, da sich diese in den vergangenen Jahren vor allem im Bereich nicht-verschreibungspflichtiger und umstrittener Arzneimittel vollzogen haben. Diese Marktsegmente sind jetzt aber weitestgehend aus der Erstattungsfähigkeit ausgegrenzt.
- Entscheidend für die Marktdynamik in 2005 dürfte wie in den Vorjahren auch die Strukturkomponente sein. Nach Auskunft des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) weist diese für das 1. Halbjahr 2004 den im wesentlichen in der Er-

stattung verbleibenden rezeptpflichtigen Markt einen umsatzsteigernden Effekt von 9,2% aus.

- Die ökonomischen Effekte der Rückführung des Herstellerabschlages nach § 130a SGB V für nicht festbetragsregelte Arzneimittel von 16 % auf 6 % und der zu erwartenden Preisanhebungen beim Auslaufen des Preismoratoriums werden durch die neuen Festbeträge im Jahre 2005 nicht kompensiert werden können.
- Hinzu kommt noch, dass der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1a SGB V voraussichtlich abzusenken ist, da im Vergleich zum Bezugszeitraum 2002 im Jahre 2004 weniger Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel verordnet wurden.

In der Summe droht in 2005 eine möglicherweise sogar zweistellige Ausgabendynamik – die beitragsatzwirksam sein wird –, was leider einen Schatten auf die unbestreitbaren Verdienste der Gesundheitspolitik in 2004 wirft.

Handlungsoptionen

Will man dieser Marktentwicklung noch entgegenwirken, ohne wieder Budgets einzuführen, so ist über andere gesetzgeberische Maßnahmen nachzudenken.

- Ansetzen bei der Apothekenvergütung: Die Apotheker sind die Gewinner des GMG, während Hersteller und Großhandel Rückgänge beim Nettoumsatz verzeichnen, wächst die Nettomarge der Apotheken um 29% (277 Mio. Euro im ersten Halbjahr 2004). Im Rahmen der letztjährigen GMG-Diskussion zur Apothekenvergütung war wiederholt darauf hingewiesen worden, dass die Apothekenhonorierung mit einem packungsbezogenen Festzuschlag von drei Prozent auf den Einkaufspreis zuzüglich 8,10 Euro zu hoch festgesetzt wurde und nicht einer marktneutralen Umstellung entspricht. Die gesetzlich vorgesehene Absenkung des Apothekenabschlags, die möglicherweise zum Tragen kommt, scheint vor diesem Hintergrund in keiner Weise vertretbar. Aktuell gibt es zudem zahlreiche Hinweise darauf, dass die Apotheken darüber hinaus noch eine weitere verdeckte Handelsspannenentwicklung verzeichnen können, weil Naturalrabatte zunehmend aggressiver eingesetzt werden.
- Folgt man der GMG-Begründung für den erhöhten Herstellerrabatt 2004 und das gekoppelte Preismoratorium als Übergangmodell bis zur vollen Wirkung der neuen Festbetragsgruppen für patentgeschützte Arzneimittel, so könnte hier in Anbetracht des bisher erreichten begrenzten Umsetzungsstandes über eine Verlängerung nachgedacht werden. Ein fortlaufender Solidarbeitrag der Industrie scheint auch vor dem Hintergrund näherungsweise zweistelliger Strukturkomponenten nach GMG, die entsprechende Umsatzsteigerungen der pharmazeutischen Industrie bedeuten, durchaus vertretbar. Allerdings sind preispolitische Interventionen ordnungspolitisch problematisch.

Im übrigen bin ich – wie in den Vorjahren – der Meinung, der Vergleich der Ausgabenentwicklung in den Zeiträumen mit und ohne Arzneimittelbudget zeigt (siehe Seite 4 des vorliegenden Arzneiverordnungs-Reports), dass die Arzneimittelbudgets wieder eingeführt werden sollten. Die Ärzte haben nun einmal mit Kugelschreiber und Rezeptblock den Schlüssel zur Geldschatulle der Krankenkassen in den Händen. An dieser Stelle wird eine finanzielle Incentivierung benötigt. Dies muss ja nicht immer nur die Form einer Bestrafung haben, man kann ja die Belohnungskomponente stärker ausbauen als in der „alten“ Budgetierung.

Zusammenfassend fände ich es sehr bedauerlich, wenn der in 2004 festzustellende Konsolidierungserfolg schon 2005 wieder gefährdet wäre. Daher besteht leider jetzt schon wieder Handlungsbedarf.

Kontakt:

Renate Bayaz, Springer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: renate.bayaz@springer-sbm.com



Presse- mitteilung

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin
TEL +49 (0)1888 527-2225
FAX +49 (0)1888 527-1245
INTERNET www.bmgs.bund.de
E-MAIL pressestelle@bmgs.bund.de

Berlin, 15. Oktober 2004
Nr. 267

Dr. Klaus Theo Schröder: Ärzte und Krankenkassen stehen in der Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln

Zur heutigen Vorstellung des „Arzneiverordnungs-Reports 2004“ erklärt **Dr. Klaus Theo Schröder**, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

„Der Report zeigt, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung ein sehr hohes Niveau der Versorgung mit innovativen und hochwertigen Arzneimitteln erreicht ist. Im letzten Jahr wurden für die Hochleistungsmedizin bereits fast ein Fünftel der Arzneimittelausgaben verwendet, insbesondere in der Transplantationsmedizin, der Krebstherapie und für Aids-Patienten. Wer schwer krank ist und teure Arzneimittel benötigt, kann sich auf die gesetzliche Krankenversicherung verlassen.

Der Report zeigt aber auch eindrucksvoll zahlreiche Beispiele, dass teure Arzneimittel viel zu oft ohne überzeugenden Grund eingesetzt worden sind, obwohl die Therapie gleich gut mit bewährten Standard-Arzneimitteln hätte durchgeführt werden können. Dieser allzu sorglose Umgang mit teureren Medikamenten ist Kostentreiber in der Arzneimittelversorgung.

Hier ist die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert. Krankenkassen und Ärzteschaft müssen jetzt konkret zeigen, dass sie ihren Aufgaben gewachsen sind und eine selbstverwaltete Gesundheitsversorgung ständigen Staatseingriffen vorziehen.

Der Arzneiverordnungs-Report 2004 kommt zum richtigen Zeitpunkt. Erst vor wenigen Tagen haben die Krankenkassen davor gewarnt, dass die Arzneimittelausgaben im nächsten Jahr wieder steigen könnten. Dagegen zeigt der Report, dass eine gemeinsame Anstrengung von Ärzteschaft und Krankenkassen unverzichtbar ist, damit unnötige Kosten vermieden werden und die Qualität der Versorgung erhalten bleibt.

Für dieses Jahr lässt sich feststellen: die Arzneimittelausgaben sinken weiter. Auch für den September, also den letzten Monat des dritten Quartals, lassen vorläufige Zahlen einen weiteren Rückgang von über fünf Prozent erwarten. Damit sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen seit Jahresbeginn bereits um rund 1,8 Milliarden Euro gesunken. Insgesamt werden die Krankenkassen um über neun Milliarden Euro entlastet. Bis zu vier Milliarden Euro wird ihr Überschuss betragen. Das eröffnet Möglichkeiten für Beitragssatzsenkungen und Schuldenabbau.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat durch die Gesundheitsreform wirksame Möglichkeiten erhalten, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten zu senken. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Apotheken müssen ihren Part spielen, so wie es das Gesetz vorsieht, und wirtschaftlich sowie sparsam handeln. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bis Ende November 2004 laut Reform-Gesetz:

- Arzneimittel-Ausgabenziele für 2005 vereinbaren und Maßnahmen dafür treffen, dass diese Ziele eingehalten werden einschließlich von Bonuszahlungen an sparsam und qualitativ gut verordnende Ärzte.
- Ärzte sollen regelmäßig die Daten über ihre Arzneiverordnungen erhalten und individuell über Sparmöglichkeiten beraten werden.
- Ärzte, die trotz Beratungsangeboten nicht bereit sind, überflüssige Arzneikosten zu vermeiden, sollen auch in Regress genommen werden.

- Ärzte sollen regelmäßig über preisgünstige Arzneimittel informiert werden. Dabei sollen konkret Präparate und Preise genannt werden.
- Die Selbstverwaltung soll für die Ärzte in Richtlinien festlegen, welche Erkrankungen mit bewährten und preisgünstigen Standard-Arzneimitteln gut und schonend behandelt werden können und welche Patienten stark wirkende neu entwickelte, teure Präparate benötigen.
- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll den Nutzen neuer Medikamente bewerten. Eine industrieunabhängige, neutrale Information für Patientinnen und Patienten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte, ist dringend notwendig.

Wir erwarten von den Beteiligten rasches und entschlossenes Handeln. Das Jahr 2005 ist auch die Nagelprobe für die reformierte ärztliche Selbstverwaltung. Sie muss jetzt zeigen, dass sie in der Lage ist, in der Arzneimittelversorgung Qualität und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.“

Der Arzneiverordnungs-Report 2004 wird von Prof. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath herausgegeben und ist erschienen bei Springer, Berlin, Heidelberg, ISBN 3-540-21359-7, Euro 29,95.

Pressekonferenz zum *Arzneiverordnungs-Report 2004*

15. Oktober 2004 in Berlin

Statement von Dr. med. Leonhard Hansen
Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Es gilt das gesprochene Wort!

Liebe Frau Ministerin Schmidt,

sehr geehrter Herr Schwabe,

verehrte Anwesende,

Der Arzneiverordnungs-Report findet jedes Jahr zu Recht großes öffentliches Interesse und breite publizistische Aufmerksamkeit. Ausführlich wird hier dokumentiert, welchen Veränderungen innerhalb des sich im Umbruch befindlichen Gesundheitssystems auch der Arzneimittelmarkt unterliegt.

Im Arzneiverordnungs-Report 2004, der die Entwicklung des Jahres 2003 abbildet, sind dezidiert die Auswirkungen des Beitragssatzsicherungs-Gesetzes nachzulesen und lässt sich die Ausgangslage vor In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungs-Gesetzes bestimmen.

Wie in den Jahren zuvor haben die Herausgeber mit Lob und Tadel für die niedergelassenen Ärzte, wenigstens für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnenden, nicht gespart. Zwar sind die realen Ausgaben der GKV im Jahr 2003 marginal gesunken, jedoch einzig wegen der gesetzlich heraufgesetzten Rabatte von Apotheken, Hersteller und Großhandel. Ohne diese Abgaben wären die Kosten um 6,3 % gestiegen.

An diesem Phänomen wird deutlich, was die Transparenz der Berichterstattung im neuen Arzneiverordnungs-Report merklich beeinträchtigt: historisch bedingt werden die Gesamtumsätze von Arzneimittelgruppen und Einzelmedikamenten rapportiert, obwohl doch erst die um Abschläge und Zuzahlungen korrigierten Zahlen die tatsächliche Belastung der GKV wiedergeben.

In diesem Zusammenhang verdient übrigens der im neuen Arzneiverordnungs-Report ausführlich dargestellte Vorschlag einer prozentualen Zuzahlungsregelung besondere Beachtung. Das Modell sieht vor, die Patienten an den Preisunterschieden prinzipiell gleich guter Medikamente mehr als bisher teilhaben zu lassen. Zehn Prozent Beteiligung an allen Preisen, auch bei Präparaten, die unter 50 Euro kosten, würde das allgemeine Preisbewusstsein schärfen und den Wettbewerb der Hersteller spürbarer als bisher fördern.

Für 2003 verdeutlicht der hier vorgestellte Report bemerkenswerte Verordnungs- und Umsatzzuwächse in Indikationsgebieten, für die die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits vor Jahresfrist Unterversorgung und Mehrbedarf exemplarisch berechnet hatte. 2003 haben sich die Verschreibungen in vielen Anwendungsgebieten, in denen die Kas-

senärztliche Bundesvereinigung einen überfälligen Nachholbedarf feststellte, merklich erhöht. Als Beispiele möchte ich Blutdruckmedikamente, moderne Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose oder starke Schmerzmitteln im Rahmen der Krebsbehandlung nennen.

Herr Schwabe, Sie weisen darauf hin, dass bei den so genannten umstrittenen Arzneimitteln und bei den Generika seit 1992 durch ein verändertes Ordnungsverhalten der Ärzte insgesamt 6,6 Milliarden Euro eingespart worden sind, eine phantastische positive Bilanz, welche in der Öffentlichkeit so gut wie überhaupt nicht wahrgenommen oder gewürdigt werde. So erfreut ich dieses dicke Lob im Namen der niedergelassenen Ärzte entgegennehme, so befremdlich erscheint es doch, dass das jetzt neu formulierte Einsparpotenzial ganze 4,4 Milliarden Euro betragen soll.

Um diesen Wert zu erreichen, wurden freilich die Indikationsgruppen an umstrittenen Arzneimitteln deklaratorisch von 55 auf 71 vermehrt und darüber hinaus das „Einspar-Arsenal“ um drei zuvor nicht definierte Analogpräparategruppen aufmunitioniert. Bei den Generika führt der Ablauf des Patentschutzes diverser Präparate fast schon automatisch zu einer Aufstockung des Einsparpotenzials.

Die niedergelassene Ärzteschaft hat sich immer zu den Herausforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots bekannt. Das tun wir auch jetzt, was man z.B. an gestiegenen Generika-Anteilen und erfolgreich umgesetzten Arzneimittelprogrammen sehen kann, wo die Arzneimittelkosten um 1,5% gesenkt werden konnten.

Jedoch kann man über die Ermittlung, die Höhe und Realisierbarkeit der hier veröffentlichten Einsparsumme erneut trefflich streiten. Verhängnisvoll wäre es allerdings, wenn in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen würde, das von uns als unrealistisch bezeichnete Einsparpotenzial von 4,1 Milliarden Euro des letzten Jahres hätte sich durch ein unwirtschaftliches Ordnungsverhalten der Ärzteschaft auf 4,4 Milliarden Euro erhöht. Durch eine solche Botschaft würde das vorausgehende schöne Lob an die Ärzte unerträglich konterkariert.

Auch die Versicherten, deren Beteiligung an den Arzneimittelausgaben durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz stark erhöht wurde, hätten wenig Freude an der vorgeschlagenen Einsparung von 4,4 Milliarden Euro. Sie müssten in Kauf nehmen, dass das verordnete Arzneimittelsortiment drastisch auf „Leitsubstanzen“ zusammenschrumpfen würde – um als Gegenleistung eventuell geringfügig reduzierte Beitragssätze der Krankenkassen zu erreichen. Damit würde im Bewusstsein der Bevölkerung die Grenze zur Arzneimittelrationierung endgültig überschritten.

Die Ausgliederung der nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV wird bereits als solche aufgefasst. Schließlich handelt es sich hierbei um teils gut wirksame und etablierte Medikamente, die zu einem guten Teil ihren Stellenwert in der Therapie vieler leichter und mittelschwerer Erkrankungen haben.

Immerhin 30 Prozent aller Verordnungen fallen damit aus der GKV heraus. Bei einem Großteil dieser Medikamente ist zu erwarten, dass sie in der Selbstmedikation weiterhin angewendet werden. Dann jedoch ohne ärztliche Kontrolle.

Es wurde schon oft genug darauf hingewiesen, dass es sich bei Arzneimitteln nicht um Waren wie Lebensmittel oder Autos handelt. Auch bei verschreibungsfreien Arzneimitteln nicht. Auch hier kann der nicht bestimmungsgemäße, unkontrollierte oder auch nicht zielgerechte Gebrauch gesundheitliche Probleme nach sich ziehen.

In diesem Bereich ist aber gegenwärtig weder eine Kontrolle möglich, um den Patienten vor möglichen Gesundheitsrisiken zu schützen. Noch kann abgeschätzt werden, wie häufig vielleicht eine Therapie aus Kostengründen ganz unterbleibt, obwohl sie vielleicht angemessen wäre.

Die elektronische Gesundheitskarte würde hier eine einmalige Chance bieten. Ihre Einführung hat durch den Lipobay-Skandal viel Rückenwind erhalten. Die verschreibungsfreien Arzneimittel fielen dabei aber unter den Tisch. Sie werden nicht erfasst, sofern sie nicht durch einen Arzt auf Kassenrezept verordnet werden.

Dabei könnte die neue Telematikplattform, die eingerichtet wird, vielfältige Möglichkeiten bieten, um die Qualität der Arzneimitteltherapie – auch im Bereich der Selbstmedikation – erheblich zu verbessern und damit auch den Gesundheitsstatus der Patienten.

Sie verbessert die Sicherheit der Therapie, indem softwaregestützt mögliche Interaktionen zwischen privat erworbenen OTC-Präparaten und ärztlich verordneten Arzneimitteln abgecheckt werden können.

Missbrauchsrisiken in der Selbstmedikation können zeitnah erkannt werden.

Und nicht zuletzt können Verlagerungen von der ärztlichen in die Selbstmedikation und wieder zurück können überprüft werden. Damit können die Auswirkungen neuer Gesetze quantifiziert werden. Dies ermöglicht auch Aussagen zu den Effekten gesetzlicher Regelungen und ggf. Nachbesserungen.

Herr Schwabe, sicherlich stimmen Sie mir zu, dass sich hieraus sehr interessante Möglichkeiten für noch mehr Arzneimittelsicherheit, Qualität sowie Wirtschaftlichkeit in der Versorgung der Patienten – und vielleicht auch für neue Kapitel im AVR – ergeben.

Kontakt:

Renate Bayaz, Springer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Tel. 06221/487 8531, Fax 06221/487 8691, Email: renate.bayaz@springer-sbm.com