

Es gilt das gesprochene Wort!

Prof. em. Dr. med. Ulrich Schwabe,

Pharmakologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Dynamik der Arzneimittelausgaben ungebrochen

Die Dynamik der Arzneimittelausgaben ist weiterhin ungebrochen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat 2008 29,2 Mrd. € für Arzneimittel ausgegeben. Das sind erneut 5,3% mehr als im Vorjahr. Hinzu kommen noch 1,5 Mrd. € für Impfkosten, die wir in diesem Jahr erstmals analysiert haben. Die Steigerungsrate der Arzneimittel liegt über dem Anstieg von 4,7% für die gesamten Leistungsausgaben der GKV, die 160,8 Mrd. € erreicht haben. Alle anderen großen Ausgabenblöcke haben geringere Zuwächse: Krankenhauskosten (52,6 Mrd. €, +3,5%), ärztliche Behandlung (24,3 Mrd. €, +5,0%) und zahnärztliche Behandlung (11,0 Mrd. €, +2,6%). Damit hat sich der Anteil der Arzneimittel an den Leistungsausgaben der GKV weiter auf 18,2% (Vorjahr 18,1%) erhöht, so dass inzwischen 5,0 Mrd. € mehr für Arzneimittel als für ärztliche Behandlung ausgegeben werden.

Trotz eines ähnlichen Umfangs hat der Umsatzanstieg 2008 andere Ursachen als 2007. Damals hatte allein die Anhebung der Mehrwertsteuer zu Mehrausgaben von ca. 800 Mio. € geführt. Stattdessen erklären wenige kostenintensive Arzneimittelgruppen den Ausgabenanstieg: Angiotensinhemmstoffe (+113 Mio. €), Antidiabetika (+125 Mio. €), Immuntherapeutika (+429 Mio. €) und Tumortheraeutika (+235 Mio. €), auf die 65% des Kostenanstiegs von 1,4 Mrd. € im GKV-Fertigarzneimittelmarkt entfallen. Zusätzlich haben die Impfstoffverordnungen um 230 Mio. € auf 1,5 Mrd. € zugelegt. Alle diese Arzneimittelgruppen sind therapeutisch bedeutsam und haben einen hohen Anteil patentgeschützter Wirkstoffe.

Patentgeschützte Arzneimittel

Ohne Patentschutz können keine neuen Arzneimittel entwickelt werden. Das haben die Erfahrungen aus der ehemaligen Sowjetunion und der ehemaligen DDR zur Genüge gezeigt. Die Entwicklung neuer Arzneimittel ist teuer und insofern ist der enorme Kostenanstieg auf den ersten Blick plausibel. Unter dem steigenden Kostendruck durch neue Arzneimittel hat Deutschland jedoch seine frühere liberale Position zur unlimitierten Erstattung verlassen und 2007 erstmals einen gesetzlichen Höchstbetrag für patentgeschützte Arzneimittel eingeführt. Trotzdem sind neue Arzneimittel in Deutschland weiterhin erheblich teurer als in anderen Ländern. Die beiden HPV-Impfstoffe gegen Gebärmutterkrebs (Gardasil®, Cervarix®) kosten bei uns 477 € für eine Grundimmunisierung, in den USA dagegen nur 247 € (360 \$). Selbst in der Schweiz wurde der ursprüngliche Marktpreis von 546 € (831 SF) nach zentralen Verhandlungen der Kantone mit dem Hersteller um 43% auf 314 € (477 SF) gesenkt.

In Deutschland sind solche zentralen Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie gar nicht möglich, da innovative Arzneimittel ohne therapeutische Alternativen von der Festsetzung solcher Höchstbeträge ausgenommen sind. Es gibt aber keinen erkennbaren Grund, warum die Arzneimittelpreise bei uns soviel höher sein müssen als in Ländern wie etwa der kleinen, aber reichen Schweiz. Da der deutsche Arzneimittelmarkt erheblich größer als der schweizerische ist, wären sicher noch günstigere Preise möglich. Mit amerikanischen Preisen hätten wir bei den beiden HPV-Impfstoffen (GKV-Umsatz 245 Mio. €) 118 Mio. € einsparen können. Auch bei den teureren TNF-Antagonisten zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis hat ein internationaler Preisvergleich gezeigt, dass Deutschland die höchsten Herstellerabgabepreise hatte. Im Vergleich zu den USA lagen die deutschen Preise fast 70% höher. Da die drei Präparate (Humira®, Enbrel®, Remicade®) bei uns einen Umsatz von 764 Mio. € erreicht haben, könnten mit amerikanischen Preisen 306 Mio. € gespart werden.

Analogpräparate

Ein weiterer Kostentreiber sind die teuren Analogpräparate ohne therapeutischen Zusatznutzen. Seit 1999 sind die Umsätze von 2,3 auf 5,1 Mrd. € gestiegen. Die von uns berechneten Einsparpotenziale betragen für 2008 1,7 Mrd. €. Allein die führenden vier Analogpräparate (Pantozol®, Seroquel®, Lyrica®, Inegy®) kamen auf einen Umsatz von 768 Mio. € und ein Einsparpotenzial von 386 Mio. €. Zu den meisten Präparaten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Informationen für Vertragsärzte publiziert (Wirkstoff aktuell), die immer wieder gezeigt haben, dass diese Analogpräparate keine überlegene Wirkung haben und nur teurer als die Standardtherapie sind. Besonders eklatant sind die Preisunterschiede bei dem Cholesterinsenker Inegy®, der nach aktuellen Preisen (100 Tbl. 10mg/20 mg 204,66 €) 13-fach teurer ist als die Monotherapie mit Simvastatingenerika (100 Tbl. 20 mg 15,46 €). Darüber hinaus haben Studien mit Inegy® keinen Zusatznutzen im Vergleich zu Simvastatin gezeigt. In den USA gilt für Inegy® (dortiger Handelsname Vytorin®) eine eindeutige Anwendungsbeschränkung, da kein zusätzlicher Nutzen auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität festgestellt wurde. Außerdem beschäftigten sich drei Studien mit einem potentiellen Krebsrisiko. In den USA ist es nach dem Bekanntwerden der negativen Studienergebnisse zu einem dramatischen Umsatzeinbruch gekommen. Bei uns prüft inzwischen der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnungsfähigkeit von Inegy®.

Generika

Lediglich bei den Generika sind die gesetzlichen Maßnahmen zur Kostensenkung einigermaßen erfolgreich gewesen. Die Generikapreise sind 2008 erneut um 4,0% zurückgegangen, während die Preise patentgeschützter Arzneimittel im Nichtfestbetragsmarkt um 2,4% zugelegt haben. Gleichzeitig wurden erheblich mehr definierte Tagesdosen (DDD) von Generika verordnet (+11,0%), während Nichtgenerika (vor allem patentgeschützte Arzneimittel) rückläufig waren (-4,5%). Generika könnten aber noch viel erfolgreicher sein, wenn sie nicht mit hohen Distributionskosten belastet würden. So erhalten die Generikahersteller für den bereits genannten Cholesterinsenker (Simvastatin, 100 Tbl. 20 mg Verkaufspreis 15,46 €) nur 4,24 €,

Apotheker aber fast doppelt so viel (8,24 €). Diese Packungsprämie verteuert preiswerte Generika, die heute in allen Gebieten das Rückgrat der Arzneimittelversorgung sind. Gleichzeitig werden die teuren patentgeschützten Arzneimittel durch niedrige Distributionskosten subventioniert.

Aber trotzdem gibt es bei den Generika weiter steigende Einsparpotenziale von 1,1 Mrd. €, wenn wir deutsche Generikapreise zugrunde legen. Durch die Arzneimittelrabatte der Hersteller an die Krankenkassen (ca. 300 Mio. €) wird dieses Potenzial bei weitem nicht ausgeschöpft. Erheblich höher sind die Einsparpotenziale, wenn wir Generikapreise unserer europäischen Nachbarn verwenden. Ein Preisvergleich mit Großbritannien hatte im vergangenen Jahr gezeigt, dass bei uns die Generikakosten mit englischen Preisen um 3,4 Mrd. € gesenkt werden könnten.

Ausblick

Auch in diesem Jahr bietet der deutsche Arzneimittelmarkt im internationalen Vergleich beträchtliche Einsparpotenziale. Mit englischen Generikapreisen könnten wir die genannten 3,4 Mrd. € einsparen, mit amerikanischen Preisen allein bei fünf patentgeschützten Arzneimitteln 420 Mio. €. Bei Analogpräparaten haben wir Einsparmöglichkeiten von 1,7 Mrd. € und bei umstrittenen Arzneimitteln von 580 Mio. € berechnet. Das macht zusammen mindestens 6,1 Mrd. €. Deutschland hat den größten Arzneimittelmarkt in Europa. Trotzdem müssen wir weiterhin mehr für teure patentgeschützte Arzneimittel aber auch für Generika als unsere Nachbarländer bezahlen. Generika werden bei uns durch hohe Distributionskosten, Zwangsrabatte und intransparente Zuzahlungsregeln belastet. Patentgeschützte Arzneimittel haben keine Preisgrenzen, obwohl bereits seit 2½ Jahren Höchstbeträge möglich wären. Nur wenn dieses Ungleichgewicht beseitigt wird, können wir das inflationäre Wachstum der Arzneimittelausgaben in den Griff bekommen. Um die hohen Einsparpotenziale zu realisieren, brauchen wir eine zeitgemäße Gesetzgebung, die internationale Preisvergleiche für innovative Arzneimittel und Generika einbezieht und die Preisverhandlungen einer zentralen Institution des deutschen Gesundheitswesens überträgt.

Kontakt Springer:

Uschi Kidane | Springer | Tel: 06221 487-8166 | uschi.kidane@springer.com