

Editorial

Es wird immer mehr verschrieben, mehr gekauft, mehr bezahlt: Während die Gesundheitskosten unter dem Strich von der gern beschworenen „Explosion“ weit entfernt sind, droht bei den Ausgaben für Arzneimittel tatsächlich fast überall ein Anstieg. Regierungen reagieren darauf – je nach politischer Ausrichtung, nationaler Tradition oder den Eigenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems – mit einem unterschiedlichen Mix von Maßnahmen. Die einzelnen Elemente der Kostendämpfungspakete aber gleichen einander.

So ist zum Beispiel die Hoffnung verbreitet, dass der Markt für stabile Preise sorgt. Tatsächlich sind Patienten sparsamer mit Arzneimitteln, wenn sie sie selber bezahlen müssen. Den Gesundheitszielen aber dient diese Sparsamkeit nicht immer. Auch den Sparzielen nicht: Wenn Geringverdiener und chronisch Kranke an rechtzeitiger Therapie sparen, kann das die öffentliche Hand irgendwann noch viel teurer kommen. Für den größeren – und kostspieligeren – Teil der Arzneimittelausgaben gilt, was Geschäfte an der kritischen Schnittstelle zwischen Staat und Wirtschaft, zwischen der einen öffentlichen Hand und den vielen privaten Anbietern, immer und überall so schwierig macht: Preise und Mengen pendeln sich nicht einfach ein. Sie müssen bewusst festgesetzt werden.

Die Probleme mit dem Instrumentarium ähneln sich überall auf der Welt: Soll der Staat Preise einfach diktieren? Oder laufen wir damit Gefahr, wichtige Entwicklungen abzuschneiden? Wem nützen Rabatte? Wo ist Wettbewerb sinnvoll, wo steuert er, und wo ist Konkurrenz einfach nur teuer? Wie verhindert man, dass Pharma-Hersteller den Patentschutz aus Profitinteresse missbrauchen? Wie erreicht man umgekehrt, dass sie weiter forschen, statt bloß alte Präparate immer nur nach Marketing-Kriterien zu modifizieren?

In fast allen Ländern schränkt eine Positivliste die Zahl der erstattungsfähigen Medikamente auf die wirksamen und kostengünstigen ein. Deutschland hat immerhin gute Erfahrungen mit Festbeträgen und mit der Förderung von Generika gemacht. Trotzdem finden die Arzneimittelkosten wie fließendes Wasser scheinbar immer irgendwo einen Durchbruch, egal, wo man die Dämme baut. Eine Patentlösung, das zeigt der internationale Überblick, hat jedenfalls noch kein Land gefunden.

Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung

von *Miriam Gieselmann und Robert Amhof*

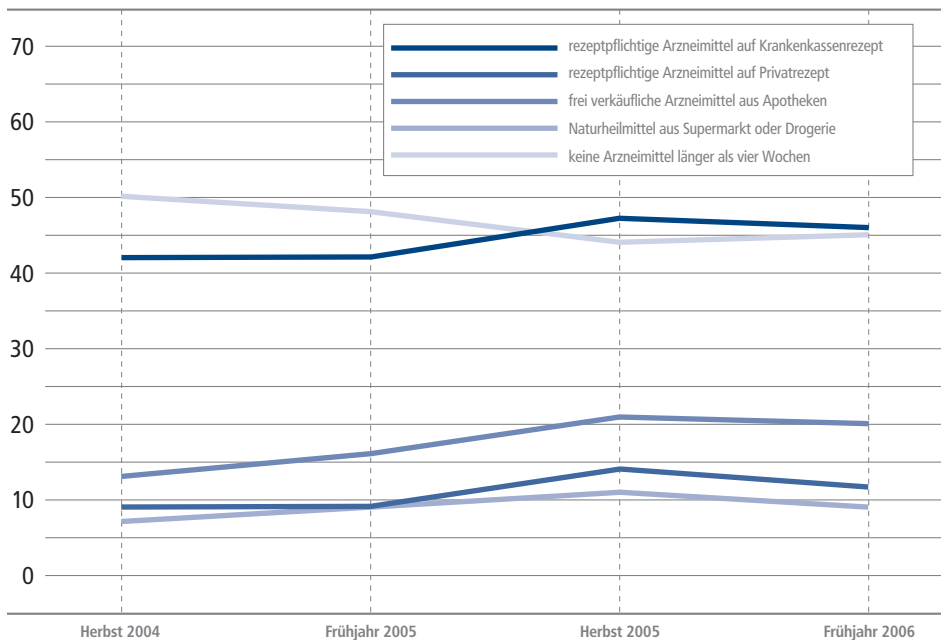
Bereits seit einigen Jahren versucht der deutsche Gesetzgeber, die Arzneimittelausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu senken bzw. deren rasanten Anstieg zumindest zu bremsen.

Vor fünf Jahren trat das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) in Kraft. Darin wurde der Apothekenrabatt von fünf auf sechs Prozent erhöht, und die Arzneimittelhersteller mussten für das Jahr 2002 eine so genannte Solidarzahlung von 200 Millionen Euro leisten. Im Gegenzug verzichtete die Bundesregierung auf einen Preisnachlass von vier Prozent auf Arzneimittel, die nicht der Festbetragsregelung unterlagen. Der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wurde dazu verpflichtet, die Preise und den therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten und entsprechende Verordnungsempfehlungen auszusprechen.

Kernstück des AABG war jedoch die mit dem 1. Juli 2002 wirksame Aut-idem-Regelung, derzufolge der Arzt nicht mehr ein bestimmtes Medikament, sondern stattdessen nur noch einen Wirkstoff verschreiben und der Apotheker ein entsprechendes Präparat aus dem unteren Preisdrittel auswählen sollte. Wider Erwarten erwies sich die Aut-idem-Regelung bisher aber als weitgehend wirkungslos (Rosenbrock und Gerlinger 2006: 202).

Erst durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) konnten die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 2004 tatsächlich im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozent auf 21,7 Mrd. Euro gesenkt werden (Schwabe 2006: 53). Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der vertragsärztlichen Versorgung sowie höhere Zuzahlungen haben dazu geführt, dass die gesetzlich versicherten Patienten einen größeren Anteil der Arzneimittelausgaben selbst tragen müssen und die GKV entsprechend finanziell entlastet wurde. Trotzdem stiegen im Jahr 2005 die Arzneimittelausgaben der GKV wieder um 16,8 Prozent auf 25,4 Mrd. an (Bundesministerium für Gesundheit 2006). →

Entwicklung der Arzneimittelaufnahme (länger als vier Wochen) in der Bevölkerung



Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich

Halbjährliche Bevölkerungsbefragungen 2004 – 2006 kumuliert, N=4.152 GKV-Mitglieder

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

Das seit 1. Mai 2006 wirksame Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) soll dafür sorgen, dass die Arzneimittelausgaben vor allem an den Stellschrauben der Arzneimittelherstellung und der Arzneimittelverschreibung gesenkt werden. Ziel ist eine effektive Preissteuerung ohne Qualitätsverlust in der Arzneimittelversorgung (www.die-gesundheitsreform.de/glossar/avwg.html).

Arzneimittelverbrauch der gesetzlich Krankenversicherten

Im Verlauf der Befragungen des Gesundheitsmonitors hat der Arzneimittelverbrauch der gesetzlich Krankenversicherten leicht zugenommen. Der Anteil verschreibungspflichtiger Arzneimittel auf Krankenkassenrezept überwiegt bei der länger als vier Wochen andauernden Medikamenteneinnahme (jeweils bezo-

gen auf die letzten zwölf Monate) und lag im April 2006 bei 46 Prozent (siehe Abbildung 1).

Mit 7 Prozentpunkten am stärksten nahm der Verbrauch freiverkäuflicher Arzneimittel zu. Diese Entwicklung ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass seit Einführung des GMG weniger Arzneimittel erstattungsfähig sind und somit die Versicherten die Kosten für diese Präparate (etwa Erkältungsmittel) selbst aufbringen müssen. Der Anteil von Versicherten, die kein Medikament länger als vier Wochen einnehmen mussten, sank von 50 Prozent im Jahr 2004 auf 45 Prozent im Jahr 2006.

Frauen bekommen mehr Medikamente verordnet als Männer. Im Frühjahr 2006 gaben 40 Prozent der Männer und 47

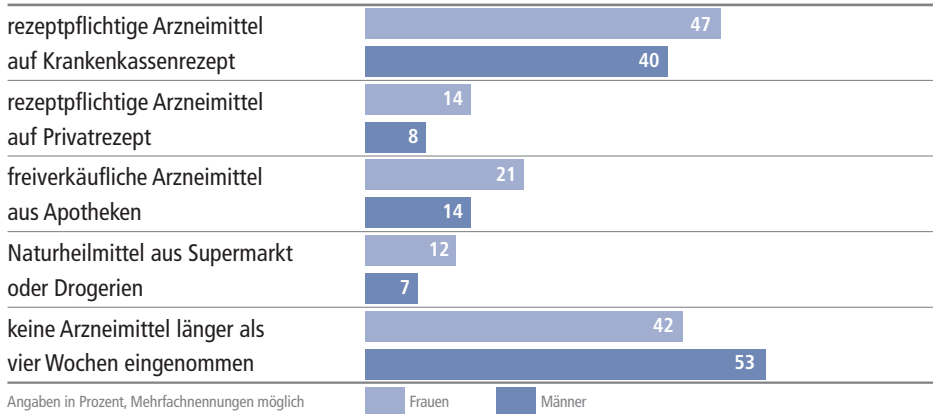
Prozent der Frauen an, Arzneimittel auf Krankenkassenrezept erhalten zu haben. Bei der Verordnung auf Privatrezept sowie der Selbstmedikation zeigt sich ein ähnliches Bild – auch hier lag der Verordnungsanteil bei den Frauen um sechs bis sieben Prozentpunkte höher als bei den Männern (siehe Abbildung 2).

Sowohl bei den Verordnungen auf Krankenkassenrezept als auch bei der Selbstmedikation lag der Arzneimittelverbrauch der Chroniker wesentlich über dem der Nichtchroniker (siehe Abbildung 3). Trotz einer mit 85 Prozent bereits sehr hohen Rate von Verordnungen auf Krankenkassenrezept hat ein Viertel der befragten Chroniker zusätzlich rezeptpflichtige Medikamente auf Privatrezept erhalten. Im Vergleich dazu lagen die Verordnungen auf Krankenkassenrezept bei den Nichtchronikern um 55 Prozentpunkte und bei den Verordnungen auf Privatrezept um 16 Prozentpunkte niedriger als bei den chronisch Kranken. Auch der Verbrauch von freiverkäuflichen Arznei- und Naturheilmitteln ist bei den Chronikern mehr als doppelt so hoch wie bei den Nichtchronikern. Lediglich 9 Prozent der im Frühjahr 2006 befragten Chroniker nahmen innerhalb der letzten zwölf Monate keine Arzneimittel länger als vier Wochen ein.

Verordnungsverhalten der Ärzte

Nachdem das GMG 2004 zu einer Senkung der vertragsärztlichen Verordnungen von 749 auf 570 Millionen führte, stieg die Verordnungszahl im Jahr 2005 jedoch wieder auf 591 Millionen an. Somit verordnete jeder der 131.802 Vertragsärzte im Mittel 4.485 Arzneimittelpackungen mit 215.000 Tagesdosen (DDD: defined daily dose) zu einem Umsatz von 179.000 Euro. Ein Vergleich nach Arztgruppen zeigt, dass Allgemeinmediziner und praktische Ärzte sowie Internisten im Jahr 2005 die meisten Arzneimittel und durch-

Art und Häufigkeit der Arzneimittelaufnahme in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht

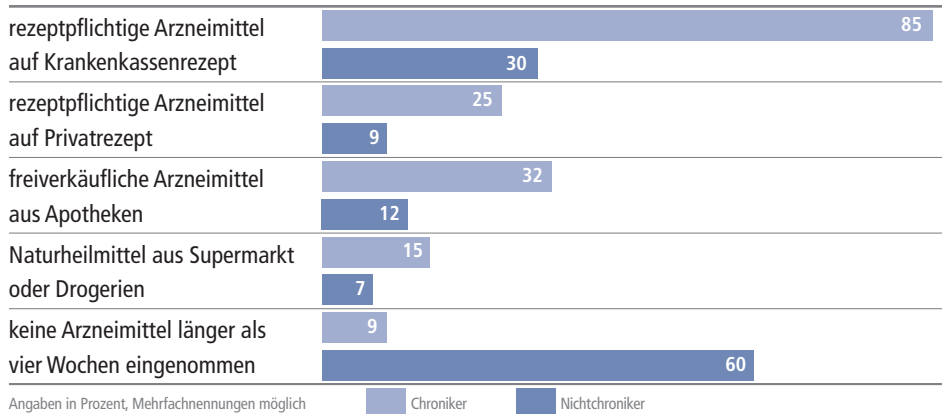


Bevölkerungsbefragungen von 2004 – 2006, N=4.152 GKV-Mitglieder

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

Art und Häufigkeit der Arzneimittelaufnahme in den letzten 12 Monaten nach Gesundheitszustand



Bevölkerungsbefragungen 2004 – 2006 kumuliert, N=4.061 GKV-Mitglieder

Abbildung 3

BertelsmannStiftung

schnittlich fast 10 Prozent mehr Tagesdosen als im Vorjahr verordneten (Nink und Schröder 2007: 955–957).

Mit Hilfe von Tagesdosen können Ärzte die für die medikamentöse Therapie erforderliche Packungsgröße bestimmen. Die Anzahl der verordneten Tagesdosen lag 2005 mit durchschnittlich 48 pro Verordnung um 3,5 Prozent höher als 2004.

Insbesondere Gynäkologen sowie Internisten verschrieben größere Packungen mit 59 bzw. 58 Tagesdosen je Verordnung (Nink und Schröder 2007: 959).

Eine hohe Anzahl von Verordnungen spiegelt sich jedoch nicht zwangsläufig in den Arzneimittelumsätzen und -kosten wider. Die von Augenärzten verordneten Medikamente haben mit 0,59 Euro den

geringsten Umsatz je DDD, die von Nervenärzten verschriebenen Arzneimittel sind mit 2,35 Euro je DDD etwa viermal so teuer (Nink und Schröder 2007: 961). Mehr als die Hälfte der im Jahr 2005 von Vertragsärzten verordneten Medikamente (57 Prozent) waren Generika. Das führte zu Einsparungen in Höhe von 2,69 Milliarden Euro zu Gunsten der GKV (Schwabe 2007: 18).

Außerdem zeigen die Befragungsdaten des Gesundheitsmonitors vom Herbst 2006, dass die verschreibungspflichtigen Verordnungen durch den Hausarzt (Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Internisten) mit 65 Prozent bei den Frauen und 70 Prozent bei den Männern überwiegen.

Lediglich sechs Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen einmal oder mehrmals ein für sie wichtiges Arzneimittel nicht verordnet wurde. 40 Prozent dieser Nichtverordnungen waren darauf zurückzuführen, dass diese Arzneimittel seit Einführung des GMG nicht mehr erstattungsfähig sind. Wirtschaftliche Gründe wurden zu 33 Prozent der Fälle als Begründung für die Nichtverordnung angeführt. Medizinische Argumente dagegen waren nur in wenigen Einzelfällen Grund für die Verweigerung einer Verordnung.

Finanzielle Belastung der Versicherten durch persönliche Arzneimittelausgaben

Die Befragungsergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen, dass die persönlichen Ausgaben für die Selbstmedikation generell höher liegen als die für rezeptpflichtige Arzneimittel: Seit Anfang 2002 sind zwar die persönlichen Ausgaben für Arzneimittelzuzahlungen um 5 Prozentpunkte gesunken, aber die Kosten für die Selbstmedikation um 3 Prozentpunkte gestiegen. Diese Kostenverschiebung ist wahrscheinlich eine Auswirkung des GMG, da weniger Medikamente erstattungsfähig sind.

Wie schätzen die Versicherten die finanzielle Belastung durch die Arzneimittelzuzahlungen ein und hat sich diese Einschätzung seit 2004 verändert? Abbildung 4 zeigt, dass das Meinungsbild der Versicherten in den letzten zwei Jahren überwiegend konstant geblieben ist. Vier von zehn Befragten empfinden es als „gar nicht schwierig“ oder „eher nicht schwierig“, die Zuzahlungen zu leisten. Etwa ein Viertel der Versicherten hingegen beurteilt das Aufbringen der Zuzahlungen als „sehr schwierig“ oder „schwierig“. Mehr als ein Drittel betrachtet die Zuzahlungen als zumindest teilweise finanziell belastend.

Die Einschätzung der finanziellen Belastung ist stark abhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit der Befragten, die definiert wird über den höchsten erreichten Schulabschluss, die Stellung im Beruf und das Einkommen. 45 Prozent der Befragten aus der Unterschicht beurteilen es als „sehr schwierig“ oder „schwierig“, die Zuzahlungen zu leisten, jedoch nur 7 Prozent der Oberschicht (siehe Abbildung 5). Dagegen empfinden 67 Prozent der Oberschicht das Aufbringen der Zuzahlungen als „gar nicht schwierig“ oder „eher nicht schwierig“, nur 18 Prozent der Unterschicht stimmen dem ebenfalls zu. Je höher also die Schichtzugehörigkeit der Versicherten ist, desto seltener werden die Zuzahlungen als finanziell belastend eingeschätzt – und umgekehrt.

Die seit dem 1. Januar 2004 geltende Überforderungsklausel sollte für eine zumutbare finanzielle Eigenbelastung der GKV-Versicherten sorgen, indem die Zuzahlungen maximal zwei Prozent bzw. bei Chronikern ein Prozent des Bruttojahreseinkommens betragen dürfen. Die Befragungsergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen, dass die Versicherten der unteren sozialen Schichten die Erbrin-

Selbsteinschätzung der Schwierigkeit, Zuzahlungen für rezeptpflichtige Arzneimittel zu leisten

Herbst 2004	13	26	39	14	8
Frühjahr 2005	11	29	35	16	9
Herbst 2005	11	27	38	14	10
Frühjahr 2006	13	28	37	8	14

Angaben in Prozent: gar nicht schwierig, eher nicht schwierig, teils/teils, schwierig, sehr schwierig
 Bevölkerungsbefragungen 2004–2006 kumuliert, N=4.766 GKV-Mitglieder
 Abbildung 4 | BertelsmannStiftung

gung der Arzneimittelzuzahlungen trotzdem als finanziell schwierig betrachten.

Der deutlich höhere Arzneimittelverbrauch von Chronikern lässt vermuten, dass auch ihre finanzielle Belastung größer ist als die von Nichtchronikern. Unsere Gesundheitsmonitor-Ergebnisse bestätigen dies: Die von 2004 bis 2006 befragten chronisch Kranken gaben mit 37 Prozent auch nahezu doppelt so häufig wie Nichtchroniker (20 Prozent) an, dass sie es als „sehr schwierig“ oder „schwierig“ erachten, die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Arzneimittel zu leisten. Umgekehrt empfanden 43 Prozent der Nichtchroniker, aber nur 27 Prozent der Chroniker, die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Medikamente als „gar nicht schwierig“ oder „eher nicht schwierig“. Der Anteil derer, die die Zuzahlungen „teils/teils“ als schwierig beurteilten, war bei Chronikern und Nichtchronikern gleich (ohne Abbildung).

Zusammenfassung und Ausblick

Reformeffekt 1: Verändertes Verordnungsverhalten führt nicht zu Unterversorgung mit Arzneimitteln

Nach den Befragungsergebnissen des Gesundheitsmonitors hat sich der Arzneimittelverbrauch seit Herbst 2004 leicht erhöht. Besonders hoch ist der Verbrauch in der älteren Bevölkerung und bei chronisch Kranken. Die Einnahme verschrei-

bungspflichtiger Medikamente auf Krankenkassenrezept überwiegt und die Verordnungen erfolgen größtenteils durch den Hausarzt.

Das Verordnungsvolumen bei Frauen liegt prozentual höher als bei Männern. Dies ist jedoch nur teilweise auf die Einnahme von Sexualhormonen, Gynäkologika und Osteoporosemitteln zurückzuführen. So erhalten Frauen auch in anderen Indikationsgruppen mehr Verordnungen als Männer und sie gehen häufiger zum Arzt (Nink und Schröder 2007: 966-969).

Nur sechs Prozent der im Gesundheitsmonitor Befragten erhielten eine von ihnen gewünschte Verordnung nicht. Nicht verordnet werden meist Medikamente, die nach dem GMG nicht mehr erstattungsfähig sind. Dies spricht gegen die Befürchtung, dass das GMG zu einer Unterversorgung mit Arzneimitteln geführt hätte. Inwieweit sich die Bonus-Malus-Regelung (Bestandteil des AVWG) auf die Versorgungssituation auswirken wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

Reformeffekt 2: Zuzahlungen verunsichern sozial schwache Versicherte

Mehr als ein Drittel der durch den Gesundheitsmonitor Befragten (37 Prozent) schätzt die Erbringung der Arzneimittelzuzahlungen als zumindest teilweise

Selbsteinschätzung der Schwierigkeit, Zuzahlungen für rezeptpflichtige Arzneimittel zu leisten (nach sozialer Schicht)

Soziale Schicht	gar nicht schwierig	eher nicht schwierig	teils/teils	schwierig	sehr schwierig
Oberschicht	26	41	26	6	1
Obere Mittelschicht	16	34	37	10	3
Mittlere Mittelschicht	8	27	41	16	8
Untere Mittelschicht	7	20	41	21	11
Unterschicht	5	13	37	24	21

Angaben in Prozent

gar nicht schwierig eher nicht schwierig teils/teils schwierig sehr schwierig

Bevölkerungsbefragungen 2004–2006 kumuliert, N=4.370 GKV-Mitglieder

Abbildung 5

BertelsmannStiftung

schwierig ein. Dabei gilt: Je geringer der soziale Status der Versicherten ist, desto häufiger wird die Erbringung der Zuzahlungen als schwierig empfunden. Auch Chroniker fühlen sich finanziell stärker belastet als Nichtchroniker. Insgesamt scheinen viele Versicherte die finanzielle Mehrbelastung seit Einführung des GMG jedoch inzwischen mit einer gewissen Resignation akzeptiert zu haben.

Reformeffekt 3: Festzuschlag verteuert Generika

Die Arzneimittelpreise in Deutschland sind deutlich höher als in anderen EU-Ländern, da die Arzneimittelhersteller die Preise für neue Wirkstoffe ohne direkte staatliche Regulierung frei festlegen können. Hingegen überwiegen in vielen EU-Ländern staatlich festgelegte Preise, die entweder direkt mit der Pharmaindustrie ausgehandelt werden oder durch Preisvergleiche mit anderen EU-Ländern entstehen. In einigen EU-Ländern sind Arzneimittel sogar nur erstattungsfähig, wenn eine Preisvereinbarung mit der Sozialversicherung besteht (Häussler et al. 2006: 39).

Auch wenn sich die 1989 mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) eingeführten Festbeträge (§ 35 SGB V) für die GKV als wirksames Mittel zur Ausgabensteuer-

ung bei Arzneimitteln erwiesen haben, wird der Preiswettbewerb weiterhin durch den starken Einfluss der Arzneimittelhersteller auf die Verordnung und den Vertrieb ihrer Produkte erheblich eingeschränkt. Die hohen Vertriebskosten führen dazu, dass sich der Preis eines Medikaments auf dem Weg vom Hersteller zum Patienten nahezu verdoppelt (Häussler et al. 2006: 30). Dieser Preissteigerung dürfen die gesetzlichen Krankenkassen seit Einführung des AVWG zumindest teilweise entgegenwirken, indem sie Rabattverträge mit den Arzneimittelherstellern abschließen.

Eine Aufhebung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) für Generika würde den Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt ebenfalls verbessern (Schwabe 2006: 77). Schließlich hat die AMPreisV mit einem einheitlichen Apothekenfestzuschlag von 8,10 Euro dazu geführt, dass nun vor allem preiswerte Generika bis zu fünfmal teurer sind als vorher. Damit reduzierte sich der Preisabstand zu den teuren Originalpräparaten deutlich.

Reformeffekt 4: Versicherte fragen nach zuzahlungsfreien Medikamenten

Nachdem weder das AABG noch das GMG die Arzneimittelausgaben langfris-

tig senken konnten, zielt nun das AVWG auf eine neuerliche Kostenreduzierung ab. Bereits positiv ausgewirkt hat sich die Regelung, dass rezeptpflichtige Medikamente, deren Preise mindestens 30 Prozent unterhalb des Festbetrages liegen, für die Versicherten zuzahlungsfrei sind. So berichtete der BKK-Bundesverband im Dezember 2006, dass sich die Versicherten verstärkt nach zuzahlungsfreien Arzneimitteln erkundigen und somit die Arzneimittelausgaben bereits positiv beeinflussen würden.

Jedoch befürchten die Spitzenverbände der GKV, dass die Arzneimittelhersteller die Abschlagsregelung des AVWG zur Ablösung des Rabattes durch Preissenkungen missbrauchen. Dadurch rechnet die GKV mit einer finanziellen Mehrbelastung von bis zu 1,5 Milliarden Euro, wenn das AVWG nicht entsprechend nachgebessert wird. Somit bleibt abzuwarten, ob das AVWG in seiner jetzigen Form die GKV tatsächlich finanziell entlasten wird.

Noch viel Potenzial für Substitution, aber fehlende Preistransparenz

Obwohl 2006 mehr als die Hälfte der verordneten Arzneimittel Generika waren, werden noch immer zu wenige Analogpräparate durch wirkstoffgleiche Medikamente substituiert (Schwabe 2007: 105–181). Dabei haben insbesondere wirkstoffgleiche Präparate sowie Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz das Potenzial, Arzneimittelausgaben durch einen verbesserten Preiswettbewerb zu senken.

Gerade im Hinblick auf zuzahlungspflichtige Arzneimittel fehlen Anreize für die gesetzlich Krankenversicherten, die Preise zu vergleichen. Erst die Abschaffung der Mindestzuzahlung von fünf Euro pro Verordnung als auch die des Apothekenfestzuschlags würde dem Kassenspatienten einen realen Preisvergleich

ermöglichen. Auch mehrstufige Selbstbeteiligungsmodelle mit unterschiedlichen Zuzahlungen für verschiedene Arzneimittelgruppen könnten das Preisbewusstsein der Versicherten stärken.

Aufgrund der weiterhin steigenden Gesundheitsausgaben würden die meisten gesetzlich Krankenversicherten es vermutlich begrüßen, wenn sie die Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt positiv beeinflussen könnten, um nicht nur das Budget der GKV, sondern auch ihr eigenes zu entlasten.

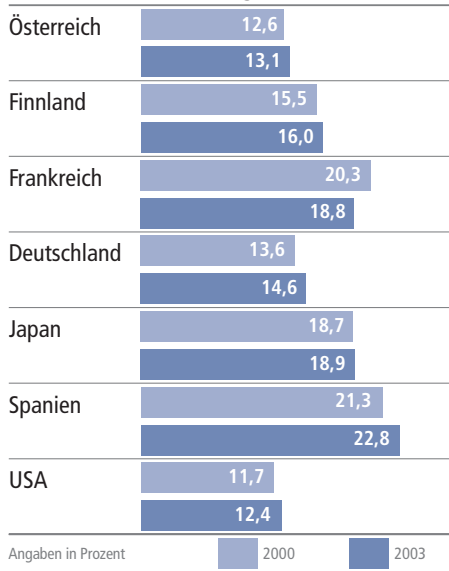
Literatur

- Ärzteblatt (2006). Mehrwertsteuer: Krankenkassen übernehmen Mehrkosten für Arzneimittel.
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=26216> (Download: 4. Januar 2007)
- AOK-Bundesverband (2006). Arzneimittelfestbeträge.
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/arztundpraxis/arzneimittel/festbetrage/> (Download: 31. Oktober 2006)
- BKK-Bundesverband (2006). Arzneimittelausgaben steigen auf 25 Milliarden Euro – Zuzahlungen insgesamt leicht gesunken. Pressemitteilung vom 27.12.2006.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG).
http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressethemen/avwg/pdf/hintergruende_avwg.pdf (Download: 31. Oktober 2006)
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Überschuss der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2005 bei 1,8 Milliarden – Nettoverschuldung damit vollständig abgebaut. Pressemitteilung vom 03.03.2006.
- Häussler, B., Albrecht, M., Cassel, D., Wille, E., Schröder, H., Nink, K., Lankers, C. (2006). Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.
- Nink, K., Schröder, H. (2007). Überblick über die Arzneiverordnungen nach Arztgruppen. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2006, S. 955-965. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schwabe, U. (2006). Auswirkungen der Gesundheitsreform auf den Arzneimittelverbrauch und die Arzneimittelausgaben der Versicherten. In J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, S. 53-81. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schwabe, U. (2007). Arzneiverordnungen 2005 im Überblick. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2006, S. 955-965. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006). Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen politisch verschuldet: Kassen machen seriöse Finanzplanung. Gemeinsame Pressemitteilung vom 21. Dezember 2006.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006). Gesetzeslücke im Arzneimittel-Sparpaket kostet die Krankenkassen mindestens 150 Millionen. Gemeinsame Pressemitteilung vom 29. Dezember 2006.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo). Arzneimittelmarkt.
http://wido.de/arz_arzneimittelmark.html (Download: 31. Oktober 2006)

Arzneimittelpolitik im internationalen Vergleich

von Norbert Mappes-Niediek und Melanie Lisac

Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006

Abbildung 6

BertelsmannStiftung

In fast allen Industrieländern ist seit Jahren ein Anstieg der öffentlichen und privaten Ausgaben für Arzneimittel zu beobachten (siehe Abb. 6). Dabei steigen die Arzneimittelausgaben stärker an als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Um der Kosten im Arzneimittelsektor Herr zu werden, setzen Regierungen vieler Länder auf kostendämpfende Maßnahmen.

Bestimmung der Preise für Arzneimittel

Zu den meist verbreiteten Instrumenten der Kostendämpfung gehören Festbetragsysteme. Dabei wird unabhängig vom tatsächlichen Preis ein Betrag festgelegt, den die Kassen für ein Arzneimittel übernehmen. Festbeträge können für Gruppen von

Medikamenten mit identischen Wirkstoffen, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen oder auch mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung gebildet werden. Festbetragsysteme sind ein effektives Instrument zur Kostendämpfung, wie das Beispiel aus Frankreich zeigt (siehe Seite 11). Allerdings besteht die Gefahr, dass Herstellerfirmen versuchen, die niedrigen Preise für Festbetragsmedikamente durch höhere Preise für andere Medikamente wieder auszugleichen.

Manche Staaten greifen nicht nur indirekt, sondern auch direkt in die Preisgestaltung ein. Pharmaunternehmen, Großhändler und Apotheken können dazu angehalten werden, den Kassen Rabatte auf die Arzneimittelpreise einzuräumen. Oder der Staat schränkt, wie

z.B. in Polen geplant (S. 11), die Gewinnspanne für Hersteller und Verkäufer ein.

Aufnahme in den Leistungskatalog

Weiterhin haben Staaten die Möglichkeit, die (öffentlichen) Arzneimittelausgaben durch die Aufnahme oder den Ausschluss bestimmter Medikamente in den Leistungskatalog zu regulieren. Positivlisten umfassen Medikamente, die als wirksam gelten und somit erstattet werden. Negativlisten führen Medikamente auf, die nicht mehr zu Lasten der Kassen verschrieben werden dürfen und deren Wirksamkeit entweder nicht sicher beurteilt oder nicht sicher nachgewiesen werden kann. Manche Staaten machen die Erstattungsfähigkeit eines neuen Arzneimittels auch von dessen therapeutischem Zusatznutzen abhängig. Damit möchte man

Instrumente zur zentralen Erstattungsregulierung im internationalen Vergleich

Land	Positivliste	Negativliste	Nutzenbewertung (gesetzl. festgelegt)	Kosten-Nutzen-Bewertung
Deutschland		✓	✓	■
Finnland	✓		✓	■ ■
Frankreich	✓		✓	■ ■
Großbritannien	✓	✓	✓	■ ■ ■
Japan	✓	✓	✓	■
Italien	✓		✓	■ ■
Niederlande	✓	✓	✓	■ ■
Spanien	✓	✓	✓	■
Österreich	✓	✓	✓	■ ■

✓ vorhanden ■ Kosten-Nutzen Bewertung steht am Anfang ■ ■ Kosten-Nutzen-Bewertung ist überwiegend obligatorisch, aber kein maßgebliches Ausschlusskriterium ■ ■ ■ Kosten-Nutzen-Bewertung ist ein starkes Bewertungskriterium, führt auch zum Ausschluss

Quelle: Modifiziert und aktualisiert nach Greß et al., 2005

Tabelle 1

BertelsmannStiftung

die Verschreibung von Kostentreibern wie z. B. Analogpräparaten verringern. Das sind neue und teure (Marken-)Medikamente mit Patentschutz, die im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Produkten (Markenpräparate oder patentfreie Generika) keinen oder keinen wesentlichen therapeutischen Zusatznutzen aufweisen. Darüber hinaus nehmen mittlerweile viele Länder für vergleichbare Arzneimittel eine Kosten-Nutzen-Bewertung vor. Hierbei wird der Zusatznutzen eines Medikaments im Vergleich zu dessen Kosten bewertet.

Deutschland ist eines der wenigen Länder weltweit, in denen es keine Positivliste gibt (siehe auch Tabelle 1). Versuche, eine Positivliste einzuführen, stießen vor allem bei Arzneimittelherstellern auf Widerstand, die dadurch Gewinneinbrüche befürchten. Auch die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln steht erst am Anfang: Sie soll mit dem GKV-Wettbe-

werbsstärkungsgesetz eingeführt werden, wobei die Bewertung lediglich zur Bestimmung des Erstattungspreises herangezogen werden soll. Sie stellt kein zusätzliches Kriterium zur Zulassung dar.

Steuerung des Verschreibe- und des Nachfrageverhaltens

In Deutschland bereits etabliert ist die Verordnung von preisgünstigen Nachahmerpräparaten, so genannten Generika. Andere Länder wie Österreich und Frankreich fördern die Verordnung von Generika derzeit massiv, um so die Ausgaben für Arzneimittel zu senken. Auch Kostenbeteiligungen für Patienten sind ein weit verbreitetes Instrument zur Senkung der öffentlichen Ausgaben für Medikamente. Viele Länder wie beispielsweise Frankreich haben den Erstattungsanteil für eine Vielzahl von Präparaten gesenkt oder ganz aufgehoben und private Zuzahlungen erhöht. Die neuen Erstattungsregelungen in Deutschland, die mit

der Einführung des Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes in Kraft traten, scheinen ebenfalls einen positiven Effekt auf die Arzneimittelausgaben zu haben: Patienten fragen vermehrt preiswerte und damit zuzahlungsfreie Präparate nach und die Ausgaben der Kassen für Arzneimittel sinken.

Zum Weiterlesen:

- Greß et al.: Marktzugang und Preisbildung auf Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Nr. 142. Mai 2005. www.uni-essen.de/medizin-management/Lehrstuhl/Download/first.htm.
- www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/Gesundheitspolitik_in_Industrielaendern5.pdf
- www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/Gesundheitspolitik_in_IL_2.pdf

Slowenien: Getriebener Minister

Öffentlicher Druck hat in Slowenien die Aufnahme zweier neuer Präparate gegen Brustkrebs und Leukämie in die Positivliste der Krankenkasse erzwungen. Nun fürchten die Fachleute, dass eine Wiederholung solcher Fälle die Stabilität des Finanzierungssystems gefährden könnte. Der Gesundheitsminister, beim Erlass der Positivliste erste und einzige Instanz, hatte die beiden Arzneimittel rasch und ohne größere Prüfungen für erstattungsfähig erklärt. Widerspruch regte sich nicht, zumal es dafür keine zuständigen Fachgremien gibt und die volle Erstattung für Krebstherapien in der Öffentlichkeit als wichtiger Grundsatz gilt. Im Nachklang zu der Entscheidung, die nach wie vor unumstritten ist, kamen jedoch erstmals Zweifel auf, ob ein vom Wählerwillen abhängiger Politiker wirklich die einzige Instanz für Entscheidungen über eine Positivliste sein darf. Eine unabhängige Agentur wie in anderen Ländern kennt der institutionell extrem schlanke Staat bisher nicht.

www.mz.gov.si/index.php?id=670&L=1

Australien: RU 486 im Prinzip erlaubt

Die Abtreibungspille RU 486 gehört in Australien nicht mehr zu den verbotenen Medikamenten und kann im Prinzip nach vorheriger Prüfung eingeführt werden. Das ist der Erfolg einer fraktionsübergreifenden Initiative weiblicher Abgeordneter. Bis RU 486 aber tatsächlich auf den Markt kommt, ist der Weg noch weit. Kein Pharmaunternehmen hat bisher einen entsprechenden Antrag gestellt.

Die Parlamentarierinnen starteten ihre Initiative, als ein prominenter Abtreibungsgegner sich aus dem Senat, dem australischen Oberhaus, zurückgezogen hatte. Der Senator hatte Jahre zuvor erreicht, dass RU 486 „aus Sicherheitsgründen“ in eine Verbotsliste aufgenommen wurde. Über Ausnahmen von dem Verbot konnte nur der Minister entscheiden. Die Abgeordneten machten geltend, dass RU 486 ein Medikament wie jedes andere sei und dass es die Abtreibungszahlen nicht nach oben treiben werde. Vielmehr werde es, besonders auf dem Land, Frauen die strapaziöse und teure Operation ersparen.

www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2005-06/06rn19.htm

Frankreich: Medikamente werden nach Nutzen erstattet

Die französische Regierung hält trotz Klagen und Protesten vor allem der Pharmaindustrie an ihrer Praxis fest, Arzneimittel auf Basis ihres Nutzens in vier Kategorien einzuteilen und je nach Einordnung voll, teilweise oder gar nicht von den Kassen erstatten zu lassen. Frei von Erschütterungen und Korrekturen ist das Verfahren jedoch nicht geblieben: Ambitionierte Pläne, alle als wenig wirksam eingestuft Medikamente mit einem Mal von der Erstattung auszuschließen, mussten aufgegeben werden. Stattdessen wird das Vorhaben jetzt in Stufen realisiert.

Seit 1999 schon arbeitet eine staatlich zusammengerufene „Transparenzkommission“ daran, alle 4.500 bisher erstattungsfähigen Arzneimittel neu zu bewerten. Beurteilen soll die Kommission die Wirk-

samkeit und die Nebenwirkungen der Arzneimittel, ihren Stellenwert im Therapieplan, die Schwere der Krankheit, die mit ihnen behandelt werden soll, ihr Heilungs-, Vorsorge- und Linderungspotenzial sowie ihren Beitrag zur öffentlichen Gesundheit. In eine Kategorie A kommen spezielle oder besonders teure Medikamente, etwa für AIDS oder Diabetes. Deren Kosten werden vollständig von der Krankenversicherung getragen. Zur Kategorie B gehören viele Medikamente mit hoher Wirkung, etwa Antibiotika. Sie werden nur noch zu 65 Prozent erstattet. In der Kategorie C für Medikamente mit mäßigem oder geringem Nutzen sinkt der Erstattungsanteil auf 35 Prozent. Mittel, deren Nutzen als unzureichend qualifiziert wird, kommen in die Kategorie D und werden überhaupt nicht mehr bezahlt.

Nach den ersten Beschlüssen der Kommission bemängelten Kritiker, dass an teure Präparate nicht deutlich höhere Maßstäbe angelegt wurden als an billige. Statt alle nahm die Regierung nach Protesten fürs erste nur einen Teil der Kategorie-D-Medikamente aus der Erstattung heraus. Von den 835 Produkten, deren Nutzen die Expertenkommission als unzureichend einstufte, hat das Gesundheitsministerium bisher 354 von der Positivliste gestrichen. Für 617 der 840 in Kategorie B und C eingestuft Produkte werden die Kosten nur noch teilweise erstattet. In zwölf Fällen setzten sich Hersteller vor Gericht durch und erzwangen die Rücknahme der Entscheidung.

outbind://32/www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_412113

USA: Per Rabatt auf die Liste

Medicaid, das staatlich finanzierte Versicherungsprogramm für Geringverdiener, versucht mit flexibel gehaltenen Arzneimittel-listen den Kostenanstieg in den Griff zu bekommen. Seit in den Neunzigerjahren die Ausgaben für Medikamente um mehr als das Dreifache gestiegen sind, haben über 20 US-Bundesstaaten Listen mit „bevorzugten Arzneimitteln“ erstellt und die Erstattung von anderen Präparaten an bestimmte Bedingungen gebunden. In Michigan etwa muss ein Arzt, der eine nicht „bevorzugte“ Arznei verschreibt, sich erst eine Genehmigung bei Medicaid holen. In Oregon muss wenigstens auf dem Rezept vermerkt werden, dass es sich um eine Ausnahme handelt. Auch Apotheker riskieren leer auszugehen, wenn sie solche Medikamente abgeben. Anfangs rebellierte die Pharmaindustrie heftig gegen die Listen. Nachdem Klagen nichts halfen, bemühen die Herstellerfirmen sich nun, mit Rabatten die Aufnahme ihrer Präparate in die begehrten Listen zu erreichen.

www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp

Finnland: Doch Hilfe bei seltenen Krankheiten

Strenge Regeln für die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln haben in Finnland zu einer Grundsatzdebatte geführt. Obwohl die europäische Arzneimittelbehörde für die Zulassung von Medikamenten für seltene Krankheiten weniger strenge Kriterien anlegt, hatten finnische Kliniken aus Kostengründen abgelehnt, Medikamente gegen Morbus Fabry zu finanzieren. Die Stoffwechselkrankheit, die in vielen Organen Störungen hervorruft und die Lebenserwartung auf durchschnittlich 41 Jahre senkt, kann mit einer jährlich 200.000 bis 300.000 Euro teuren Therapie nur gelindert, nicht geheilt werden. Eine Selbsthilfegruppe, unterstützt von der Herstellerfirma des Medikaments, alarmierte die Ombudsfrau des Landes, die den Fall publik machte. Nach Auffassung der Ombudsfrau dürfen Kostenerwägungen nicht zum Ausschluss einer Behandlung führen. Inzwischen haben einige Kliniken die Behandlung von Morbus-Fabry-Kranken wieder aufgenommen.

www.mig.tu-berlin.de/files/2006.publications/2006.busse_Bertelsmann05-x.pdf

Österreich: Vor der roten Ampel

Nach einem neuen Gesetz werden in Österreich verschriebene Medikamente von einer 20-köpfigen „Heilmittel-Evaluierungskommission“ aus Wissenschaftlern und Vertretern von Versicherungen und Kammern auf drei nach den Ampelfarben Rot, Gelb und Grün benannte „Boxen“ aufgeteilt. Das Verfahren soll den Kostenanstieg bei den Arzneimitteln jährlich um drei bis vier Prozent senken. Der Anteil der Generika an den Verschreibungen soll auf 20 Prozent steigen.

Alle neuen Arzneimittel kommen zunächst in die „Red Box“. Sie können auf Kassenkosten nur dann verschrieben werden, wenn ein Vertrauensarzt der Krankenversicherung im Einzelfall sein Okay dazu gibt. Obendrein werden alle Verordnungen von der Kasse erfasst und kontrolliert – Zwischeninstanzen wie die deutsche Kassenärztliche Vereinigung gibt es in

Österreich nicht. Erst wenn andere EU-Staaten ihre Erfahrungen mit einem neuen Medikament gemacht haben und ein „EU-Durchschnittspreis“ ermittelt werden kann, wird das Präparat endgültig der „Yellow Box“ oder der „Green Box“ zugeteilt.

Aufsteigen in die „Yellow Box“ kann ein neues Arzneimittel dann, wenn es einen wesentlichen Zusatznutzen für bestimmte Indikationen oder für bestimmte Patientengruppen hat. Auch dann noch kontrolliert die österreichische Kasse die Zahl der Verordnungen. Der Preis unterliegt Beschränkungen etwa durch Mengenrabatte und Staffelungen. Die Pflicht zur Bewilligung durch einen Vertrauensarzt in jedem Einzelfall entfällt aber. Medikamente schließlich, die es in die „Green Box“ schaffen, sind frei verschreibbar und abzüglich des Selbstbehalts erstattungsfähig.

Zu den Ampelfarben tritt noch eine „No Box“ mit Arzneimitteln, die nur in Ausnahmefällen von der Kasse erstattet werden. Dazu gehören etwa Vorsorge-Präparate oder die Anti-Baby-Pille.

Läuft der Patentschutz für ein neues Medikament aus, wird sein Preis von der Kasse um 30 Prozent gesenkt. Das erste Generikum, das danach mit diesem Wirkstoff und unter dem pharmazeutischen Namen auf den Markt kommt, muss noch einmal um 25 Prozent billiger sein als das schon verbilligte Originalprodukt, das zweite nur noch um 15 und das dritte um zehn Prozent.

Erste Zahlen zeigen, dass die Neuregelung greift: Der jährliche Kostenanstieg ging schon 2005 auf unter drei Prozent zurück.

www.euro.who.int/document/e89021g.pdf

Australien: Abkommen begrenzt Allmacht

Weil Australien mit den USA ein Freihandelsabkommen abgeschlossen hat, muss es nun sein System zur Bewertung erstattungsfähiger Arzneimittel reformieren. Bisher entschied mit seinen Gutachten de facto allein das mächtige „Pharmaceuticals Benefits Advisory Committee“ (PBAC) darüber, welches Medikament in die Positivliste kam und welches nicht. Pharma-Hersteller richten in Australien umfangreiche Anträge an das Gremium, begründen darin den Zusatznutzen ihres neuen Präparats und legen ihre Kriterien für die Preisbildung offen. Um die Firmen zu schützen, veröffentlicht das PBAC seine Entscheidungsgründe nicht. US-Pharmafirmen, die auf den australischen Markt drängen, kippen jetzt die Geheimhaltung. Außerdem soll gegen die Entscheidungen des PBAC künftig Widerspruch möglich sein. Eine Schiedsstelle muss in solchen Fällen einen Zweitgutachter bestellen. Dann muss der PBAC sich das Thema erneut vorlegen und seine Entscheidung gegenüber dem Minister begründen.

www.hpm.org/Downloads/hpd5engl.pdf

Neuseeland: Aus für Werbefreiheit?

In Neuseeland fällt bisher jegliche Werbung wie in den USA unter den Verfassungsgrundsatz der Redefreiheit. Exzessive Kampagnen insbesondere für Lifestyle-Präparate sowie der Plan, eine gemeinsame australisch-neuseeländische Gesundheitsbehörde ins Leben zu rufen, führen nun zu Reformbestrebungen. Drei Vorschläge werden diskutiert: In der mildesten Variante sollen Verstöße gegen Regeln, die die Hersteller sich zur Selbstbeschränkung auferlegt haben, erstmals auch staatlich sanktioniert werden. Nach einem weitergehenden Vorschlag soll der Gesetzgeber selbst Regeln aufstellen. Ginge es nach den Hausärzten, sollte die Werbung für Arzneimittel in der Öffentlichkeit gleich ganz verboten werden. Erwogen wird auch ein Verbot für Werbung, die nur auf Krankheiten aufmerksam macht, ohne ein bestimmtes Präparat zu empfehlen. Die Bevölkerung ist gespalten: 40 Prozent sind für die volle Werbefreiheit, 34 Prozent wollen Einschränkungen.

[www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5147/\\$File/dtca-summary-submissions.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5147/$File/dtca-summary-submissions.pdf)

USA: Ein Doughnut für die Älteren

Ältere und behinderte Medicare-Versicherte können sich neuerdings außer gegen Kosten für stationäre und ambulante Behandlung auch gegen Arzneimittelkosten absichern. Ein Teil der Ausgaben wird vom Staat erstattet. Private Versicherungen bieten dafür Modelle an, die von dem staatlichen Versicherungsprogramm für Senioren, Medicare, entwickelt wurden. Nach dem Modell der so genannten Doughnut-Hole-Versicherung zahlen Versicherte bei einer Monatsprämie von etwa 37 Dollar die ersten 250 Dollar pro Jahr für Arzneimittel selbst. Alles zwischen 250 und 2.250 Dollar – den eigentlichen „Doughnut“, ein in den USA beliebter Teigkringel – bezahlt die Versicherung. Dann endet der Versicherungsschutz, und der Versicherte fällt in das ungedeckte „Doughnut“-Loch. Wer allerdings im Jahr mehr als 3.600 Dollar für Arzneimittel ausgeben muss, zahlt für jedes Medikament nur noch fünf Prozent des Preises.

Das neue System wurde von der Regierung Bush kräftig propagiert und von den Betroffenen rasch angenommen. Die Konkurrenz der – sämtlich privaten – Versicherer soll erreichen, dass die Arzneimittelkosten sinken. Die demokratische Senatorin Hillary Clinton verlangt zusätzlich das Recht für die Regierung, über Arzneimittelpreise zu verhandeln, damit auch privat finanzierte Behandlungen billiger werden.

www.medicare.gov/pdphome.asp

Polen: Verjüngte Listen

Polens Regierung will die Entscheidungen über die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten aktueller, logischer und transparenter machen. Nach dem Willen der Regierung soll es künftig zwei Positivlisten geben, eine für gebräuchliche und eine für selten verschriebene Arzneimittel. Weil bisher nach langen Entscheidungswegen auch veraltete Präparate noch über lange Zeit finanziert werden, soll ein Medikament künftig nur fünf Jahre ohne weitere Prüfung auf der Liste bleiben und sich dann neu qualifizieren müssen. Ein neues Präparat soll dagegen leichter erstattungsfähig werden, wenn es seine Zulassung nach den Standards der Europäischen Arzneimittelagentur erreicht hat. Generika sollen nur erstattet werden, wenn sie mindestens 30 Prozent billiger sind als das Originalpräparat.

Volle Erstattung von Arzneimittelpreisen soll es künftig nicht mehr geben. Vorgeschlagen wurde stattdessen ein dreistufiges System aus dreißig- bzw. fünfzigprozentiger Erstattung und Pauschalpreis oder Festbetrag für eine Tagesdosis. Darüber hinaus soll dem Arzneimittel-Großhandel eine maximale Gewinnspanne verordnet werden. Diskutiert wird noch, ob dem Handel und den Apotheken auch Fixpreise oder Maximalpreise vorgeschrieben werden sollen.

www.gif.gov.pl/en_index.html

Frankreich: Erfolg mit Pauschaltarifen

Seit in Frankreich für viele Arzneimittel „verantwortbare Pauschaltarife“ („tarifs forfaitaires de responsabilité“, TFR) gelten, haben zwei Drittel der Pharmahersteller ihre Preise reduziert: Allein im Jahr 2005 sanken die öffentlichen Arzneimittelkosten um etwa 840 Millionen Euro.

Nach dem neuen System setzt das Gesundheitsministerium für eine Gruppe von Präparaten, bestehend aus einem Markenprodukt und den molekular identischen Generika, einen „tarifs forfaitaires de responsabilité“ fest. Gleichzeitig sind Apotheker befugt, abweichend vom Rezept auch ein billigeres wirkstoffgleiches Produkt abzugeben. Besteht ein Patient dagegen auf der Originalverordnung und kauft er ein Medikament aus der Gruppe zu einem höheren Preis, so muss er die Differenz zum TFR selbst bezahlen. Die ersten 450 Tarife dieser Art wurden 2003 in solchen Gruppen festgesetzt, in denen Generika einen besonders niedrigen Marktanteil hatten. Entsprechend hoch war die Einsparung und entsprechend stark stieg der Marktanteil der No-name-Produkte. Bis Ende 2006 sollen die Arzneimittelkosten der Kassen um 2,1 Milliarden Euro gesunken sein. Im europäischen Vergleich werden in Frankreich nur wenige Generika verbraucht. Der Anteil soll nun von 12 auf 23 Prozent steigen.

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/accord_med/liste_tfr.xls

Populationsorientierte integrierte Versorgung Internationale Fachtagung der Bertelsmann Stiftung vom 11. bis 12. Januar 2007 in Berlin

Immer mehr Leistungserbringer, Krankenkassen und Unternehmen in Deutschland widmen sich der Verbesserung von Koordination und Qualität im Gesundheitswesen durch bevölkerungsbezogene integrierte Versorgung. Ihnen bot die Bertelsmann Stiftung im Januar Gelegenheit zum Wissensaustausch mit Kaiser Permanente, dem größten Anbieter integrierter Versorgung in den USA.

Jay Crosson, Vorstand der Permanente Federation, fasste die Hauptmerkmale eines konsequent integrierten Versorgungssystems zusammen:

- Alle Leistungserbringer haben Zugriff auf eine einheitliche Patientenakte
- Gesundheitliche Versorgung findet nicht nur während des Arztbesuches statt, sondern auch vor, zwischen und nach ärztlicher Behandlung

- Zur ständigen Messung und Verbesserung von Qualität stehen Ressourcen und Personal bereit
- Rechenschaftspflicht und Berichtswesen über Kosten und Qualität des gesamten Versorgungsspektrums sind selbstverständlich
- Der Träger eines integrierten Versorgungssystems hat die Fähigkeit und Möglichkeit zu Langzeit-Investitionen

Für ein erfolgreiches integriertes System müssen wie bei Kaiser Permanente fünf Steuerungsaspekte zusammen gedacht und parallel (weiter)entwickelt werden. Ärzte müssen Verantwortung und Teilhabe im Unternehmen tragen und ärztliche Führungskräfte systematisch identifiziert und für Managementfunktionen geschult werden. Die Gehälter mit flexiblen Anteilen müssen verknüpft sein mit Trans-



Die Tagungs-CD kann über info@hpm.org bezogen werden (Stückpreis 20 Euro).

parenz und Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Ärzten und Ärztgruppen, um Anreize für Produktivität zu schaffen. Mitglieder eines integrierten Systems müssen zwischen Angeboten und Ärzten wählen können. Und nicht zuletzt sind Investitionen in klinische IT-Systeme unabdingbar für eine gelebte, qualitätsorientierte Arbeits- und Evaluationskultur.

Bertelsmann Stiftung

Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Robert Amhof
Sophia Schlette

Redaktion

Robert Amhof
Melanie Lisac
Norbert Mappes-Niediek

Kontakt

Heike Clostermeyer
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann.de