

# Viel Aufregung aber wenig Neues im Arzneimittelmarkt

Maßnahmen des GMG noch nicht zu Ende gedacht

Es vergeht in Deutschland kaum noch ein Jahr, ohne dass von interessierter Seite eine Kostenexplosion im Arzneimittelmarkt ausgerufen wird. Nichts Neues also in 2005 – wären da nicht Meldungen der Krankenkassen über einen Kostenanstieg im ersten Halbjahr von 20 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres und Hochrechnungen für das Gesamtjahr von bis zu 19 Prozent Ausgabenwachstum.



Quelle: picture-alliance/ZB

**Eine Reform ist vor der Reform. Das, was sich Ulla Schmidt und Horst Seehofer ausgedacht haben, kann noch nicht das Ende der Fahnenstange sein**

» Nicht nur die schiere Größenordnung lässt aufhorchen – auch die Verknüpfung der aktuellen Entwicklung mit der politischen Bewertung des Erfolgs des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), als dessen Folge die beteiligten Parteien mit Ulla Schmidt und Horst Seehofer an der Spitze einmütig eine deutliche Senkung der Beitragssätze versprochen, verleiht der Diskussion Brisanz.

## EINEN KLAREN BLICK BEWAHREN

Nur allzu leicht könnte die hitzige Debatte den nüchternen Blick auf die Fakten verstellen. Deshalb zur Einordnung der Entwicklung zunächst einige Daten:

**1. Die langfristige Zunahme der Arzneimittelausgaben** (inflationbereinigt pro Kopf der Bevölkerung) war in keinem Land der OECD insgesamt so niedrig wie in Deutschland.

Einem Zuwachs von 17 Prozent in Deutschland zwischen 1992 und 2001 steht ein deutlich höheres Wachstum in anderen Ländern gegenüber: Italien plus 28 Prozent, Frankreich plus 63 Prozent, Kanada plus 81 Prozent, Schweden plus 111 Prozent. Zum Vergleich: USA plus 90 Prozent.

**2. In den Gesundheitssystemen von allen entwickelten Industriestaaten** spielt, wenn auch in zum Teil unterschiedlicher relativer Bedeutung, ein Verordnungstrend weg von Altpräpara-

ten, hin zu in der Regel höherpreisigen Neuprodukten eine wesentliche Rolle als Wachstumstreiber. In Deutschland wird diese Entwicklung mit der „Strukturkomponente“ recht gut erfasst. Sie lag nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) in den Jahren nach 1995 stets zwischen plus fünf Prozent und plus zwölf Prozent.

**3. Wie zu erwarten, haben auch die Neuregelungen des GMG** diese Entwicklung nicht unterbrochen. Sie hat sich vielmehr nach dem hohen Wert von plus 9,1 Prozent im Vorjahr auch 2004 im rezeptpflichtigen Markt praktisch ungebremst fortgesetzt (die vorliegenden Zahlen sind nicht direkt vergleichbar wegen der weitgehenden Ausgliederung der verschreibungsfreien Produkte aus der GKV-Erstattung), wobei nach Berechnungen des BKK-Bundesverbandes der Intermedikamenteneffekt mit plus 7,7 Prozent zu beziffern ist. Auch für 2005 zeichnet sich die Strukturkomponente als wichtigster Einzelfaktor ab.

**4. Die Ausgabensteigerung des ersten Halbjahrs 2005** steht im Vordergrund der aktuellen Diskussion. Wie bei allen Zeitreihenbetrachtungen nach dem GMG gilt, dass diese sich einer allzu einfachen Interpretation entziehen. Dafür verantwortlich sind neben der Vielzahl der Einzelmaßnahmen („Polypragmasie“ des Gesetzgebers) vor allem die ausgeprägten Vorzieheffekte vor dem In-Kraft-Treten des Reformgesetzes, welche zu einer außergewöhnlich niedrigen Vergleichsbasis im Vorjahr führten. Vom Institut für medizinische Statistik (IMS) veröffentlichte Zahlen scheinen



Quelle: picture-alliance/dpa

**Die langfristige Zunahme der Arzneimittel-  
ausgaben war in keinem Land der OECD ins-  
gesamt so niedrig wie in Deutschland**

das zu belegen: Sie zeigen einen Anstieg auf Zwölf-Monatsbasis (Juli 2004 bis Juni 2005) von sechs Prozent, womit sich der deutsche Apothekenmarkt im Einklang mit dem Weltpharmamarkt bewegen würde. Aus Sicht der Kostenträger muss sich die Situation freilich anders darstellen, denn die IMS-Zahlen berücksichtigen den um zehn Prozentpunkte auf wieder sechs Prozent zurückgeführten Herstellerrabatt nicht und sind insoweit irreführend.

**5. Vorzieheffekte lassen sich jedoch für das zweite Quartal 2005 nicht mehr als Erklärung anführen.** IMS gibt für den Apothekenmarkt im zweiten Quartal 2005 immerhin ein Plus von zehn Prozent an. Dem entsprechen die (um fast zehn Prozentpunkte höheren) Zahlen der Krankenkassen. Der vorübergehend erhöhte Herstellerrabatt sollte die mit den Festbeträgen der Stufe 2 angestrebte fiskalische Wirkung von rund einer Milliarde Euro nur vorwegnehmen. Diese wird jedoch nicht erreicht werden – unter anderem, weil die Umsetzung der Festbetragsregelungen langsamer als angenommen voranschreitet.

**6. Eine weitere Ursache für die Diskrepanz zwischen den Modellrech-**

**nungen** der GMG-Strategen und der eingetretenen Entwicklung liegt in der statischen Betrachtungsweise, die dem Finanztableau des GMG-Kompromisses zugrunde gelegt wurde. Die Dynamik der Strukturkomponente wurde erstaunlicherweise nicht ins Kalkül einbezogen. Sie hat aber schon 2004, im ersten Jahr nach dem In-Kraft-Treten des GMG, rund die Hälfte der insgesamt erzielten Ausgabensenkungen der GKV für Arzneimittel aufgezehrt.

**7. In der Vergangenheit konnte der strukturell bedingte Zuwachs** in Deutschland weitgehend kompensiert werden durch die Realisierung von Effizienzsteigerungspotenzialen, namentlich der Steigerung des Einsatzes von Generika und der Rückführung der Verordnung hinsichtlich ihrer Effektivität umstrittener Produkte. Hier zeichnen sich zwischenzeitlich deutlich die Grenzen des (noch) Machbaren ab.

## KEIN FISKALISCHER AUSGLEICH

Auch wenn die Ausschöpfung der noch verbliebenen Rationalisierungspotenziale unstrittig eine wichtige Aufgabe bleiben wird, so dürfte dies dennoch zukünftig nicht mehr ausreichen, einen fortgesetzten Zuwachs der Verordnung teurerer Neuprodukte fiskalisch auszugleichen. Zudem könnte sich in Deutschland die in anderen Ländern gemachte Erfahrung bestätigen, dass die

Einführung von Disease-Management-Programmen vielfach mit einer Intensivierung leitliniengerechter Pharmakotherapie einhergeht.

## GESUNDHEITSREFORM UND KEIN ENDE

Die Vorhersage bedarf keiner Fantasie, dass in naher Zukunft angesichts des Spannungsfeldes von knappen Mitteln, fortgesetztem sektoralen Budgetdenken und zunehmenden Verordnungszahlen nach neuen Ansätzen gesucht werden muss. Die Maßnahmen des GMG jedenfalls erweisen sich als nicht zu Ende gedacht. Weitergehende Reformschritte werden sehr bald auf der politischen Agenda stehen.

In den kommenden Ausgaben werden deshalb in der Rubrik Gesundheitsökonomie in loser Folge verschiedene Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes und der pharmazeutischen Industrie aufgegriffen und aus einer internationalen Perspektive beleuchtet werden, von Festbeträgen und Selbstbeteiligungsregelungen über industrielle Preispolitik, Marktversagen und regulatorischer Eingriffe auf der Basis formaler Health Technology Assessments bis hin zu Fragen der Standortwahl von Unternehmen und Innovationsbedingungen.

*Prof. Dr. med. Michael Schlander*

*Literatur liegt der Redaktion vor.*

## PROF. DR. MED. MICHAEL SCHLANDER, M.B.A.,



Quelle: priva

ist Gründer und Vorstandsvorsitzender des gemeinnützigen Instituts für Innovation & Evaluation im Gesundheitswesen (InnoVal<sup>HC</sup>). Er lehrt Gesundheitsökonomie und Innovationsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft in Ludwigshafen am Rhein (Fachbereich Management & Controlling) und an der Privatuniversität Witten/Herdecke (Fakultät für Medizin). Nach sechsjähriger Tätigkeit in der experimentellen Hirnforschung und der klinischen Neurologie an deutschen Universitäten war er über 15 Jahre in der pharmazeutischen Industrie in Deutschland, Belgien und den USA in den Funktionsbereichen Klinische Entwicklung, Marketing & Vertrieb und Geschäftsführung tätig.

Kontakt: [schlander@kassenarzt.de](mailto:schlander@kassenarzt.de), [www.michaelschlander.com](http://www.michaelschlander.com)