

1 Zusammenfassung – Das Wichtigste in Kürze

Im Jahr 2006 lag der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel mit 2,0 % weit unter dem des Vorjahres. Die Ausgaben beliefen sich 2006 auf 25,9 Mrd. Euro. Dabei betrug der Umsatz der Apotheken mit Arzneimitteln zu Lasten der GKV im Jahr 2006 nunmehr 27,1 Mrd. Euro. Sie sind – ähnlich den Ausgaben der Krankenkassen – um 1,5 % gestiegen. Die Einsparungen der Krankenkassen aufgrund von Rabatten und Zuzahlungen von Patienten sind durch einen Sonderrabatt, den die Hersteller von Generika im Jahr 2006 erstmals zu leisten hatten, um 3,0 % gestiegen. Der Hersteller- und Apothekenrabatt betrug 285 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Für einen detaillierten Vergleich der Arzneimittelumsätze wurden die Versorgungssegmente Grund-, Spezial-, Supportiv- und HIV-Versorgung getrennt voneinander betrachtet. Die Umsatzsteigerungen der Apotheken in Höhe von 563 Mio. Euro ergaben sich aus Arzneimitteln zur Spezialversorgung (+623 Mio. Euro), zur Supportiv-Versorgung (+41 Mio. Euro) und zur Versorgung von HIV-Infizierten (+52 Mio. Euro). In der Supportiv-Versorgung werden Schwerkranke mit solchen Arzneimitteln versorgt, die ihr Verbleiben im ambulanten Versorgungssektor ermöglichen (z.B. Infusionen und starke Schmerzmittel). Die Umsatzsteigerungen wurden teilweise kompensiert von Umsatzrückgängen bei der Grundversorgung (–153 Mio. Euro). Die Umsatzzuwächse in der Spezialversorgung entstanden im Rahmen der Behandlung schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen, darunter die rheumatoide Arthritis (+112 Mio. Euro), Krebserkrankungen (+107 Mio.) und Multiple Sklerose (+77 Mio.). Aber auch bei Impfungen ge-

gen Pneumokokken-Infektionen und Influenza (+79 Mio.) sowie bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen (+105 Mio.) entstanden Mehrumsätze.

Für die Umsatzsteigerungen in Höhe von insgesamt 563 Mio. Euro sind überwiegend Verbrauchssteigerungen verantwortlich. Patienten haben im Jahr 2006 im Vergleich zum Vorjahr mehr Arzneimittel im Wert von 1.204 Mio. Euro verbraucht, was teilweise durch andere Komponenten kompensiert wurde. Bei den Verbrauchssteigerungen standen die sogenannten Volkskrankheiten wie die Hypertonie im Vordergrund, auf die knapp 20 % der gesamten verbrauchsbedingten Umsatzsteigerungen entfielen.

Strukturelle Verschiebungen zu Gunsten innovativer Arzneimittel ließen die Umsätze um weitere 504 Mio. steigen. Hier handelte es sich vor allem um Innovationen zur Behandlung von schwerer wiegenden Erkrankungen wie Krebs, neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen, rheumatoider Arthritis etc.

Verbrauchssteigerungen und Innovationen hätten die Umsatzsteigerungen wesentlich stärker erhöht, wenn sie nicht durch „technische Einsparungen“ (Wahl preisgünstiger Arzneimittel, –595 Mio. Euro) und Preisreduktionen mehr als im Vorjahr reduziert worden wären. Die „technischen Einsparungen“ wurden vor allem erzielt durch die Verordnung größerer Packungen (–94 Mio.) und Wirkstärken (–95 Mio.), Parallelimporte (–50 Mio.) und vor allem durch den Wechsel auf Arzneimittel, deren Patentschutz im Jahr 2006 endete (–321 Mio.). Die im Jahr 2006 besonders starke Senkung der Festbeträge sowie die Befreiung besonders preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung führte zu Preissenkungen im Wert von insgesamt –555 Mio. Euro.

Die Dynamik der Umsatzentwicklung war in den vier Versorgungssegmenten jeweils völlig unterschiedlich: Die Grundversorgung, die mehr als 70 % des Gesamtumsatzes umfasste, zeichnete sich durch ein mäßiges Wachstum des Verbrauchs aus (+4,1 %), das durch technische Einsparungen (-2,5 %) und Preisreduktionen (-3,0 %) mehr als kompensiert wurde. Umsatzsteigerungen durch Innovationen spielten in der Grundversorgung eine untergeordnete Rolle (+0,8 %). In der Spezialversorgung (ähnlich auch in der HIV-Versorgung) war bei einem noch höheren verbrauchsbedingten Wachstum eine starke innovationsbedingte Umsatzsteigerung festzustellen (+6,0 %), die durch geringe technische Einsparungen und Preisveränderungen nicht kompensiert wurde. Die Dynamik der Umsatzentwicklung war damit weitgehend durch Verbrauchssteigerungen bei Grund- und Spezialversorgung bestimmt (782 und 369 Mio. Euro) sowie durch Innovationen in der Spezialversorgung (292 Mio.).

Das Ergebnis des Jahres 2006 weicht sehr stark ab von der Prognose, die die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Festlegung der Anpassungsfaktoren für das Jahr 2006 abgegeben haben. Diese waren von einer Steigerung um mindestens 1.090 Mio. Euro ausgegangen. Legt man das dort verwendete Kalkulationsschema zugrunde, wäre mit Einsparungen von -333 Mio. Euro zu rechnen gewesen. Diese Differenz erklärt sich im Wesentlichen dadurch, dass den Vertragspartnern die starken Preisreduktionen durch das kurz darauf verabschiedete Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) noch nicht bekannt waren. Dass die reale Umsatzsteigerung jedoch +563 Mio. Euro betrug, macht deutlich, dass das im § 84 Abs. 2 SGB V vorgegebene und von den Vertragspartnern verwendete Kalkulationsschema insofern ungeeignet ist, als es Verbrauchssteigerungen nicht berücksichtigt und lediglich demographische Faktoren in die Kalkula-

tion aufnimmt. Eine Anpassung erscheint geboten, weil in den kommenden Jahren weiterhin mit verbrauchsbedingten Umsatzsteigerungen zu rechnen ist. Impfungen werden dabei eine wichtige Rolle spielen. Verbrauchssteigerungen werden im Jahr 2007 – zusammen mit der deutlichen Preissteigerung durch die erhöhte Mehrwertsteuer – zu Umsatzsteigerungen von deutlich mehr als einer Milliarde Euro führen.

Neu im vorliegenden Arzneimittel-Atlas 2007 ist das Thema der regionalen Besonderheiten bei der Arzneimittelversorgung. Auf der Ebene einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) wurden für das Jahr 2006 Pro-Kopf-Umsätze festgestellt, die zwischen 347 (Bayern) und 446 Euro (Berlin) und damit annähernd 100 Euro pro GKV-Versicherten variierten. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich die Unterschiede im Wesentlichen aus der Grundversorgung ergaben. Hier fanden sich in den KV-Regionen in den neuen Bundesländern besonders hohe Werte. Die Variation bei der Spezialversorgung war deutlich geringer und die Abweichung nach oben im Wesentlichen begrenzt auf KV-Regionen, die gegenüber dem Umland die Spezialversorgung sicherstellen (Berlin, Hamburg, Bremen). Die Supportiv-Versorgung variierte wenig, während die HIV-Versorgung in den Städten Berlin und Hamburg exzeptionelle Werte annahm.

Die Unterschiede zwischen den KV-Regionen in Bezug auf Grund- und Spezialversorgung können in multivariaten Regressionsmodellen erklärt werden. Bei der Grundversorgung spielen die Faktoren „Morbidity“ und „Altersstruktur“ eine wesentliche Rolle, wobei der Anteil der fettleibigen Einwohner als Maß für die Morbidity verwendet wurde. In den neuen Bundesländern ist der Anteil adipöser Menschen besonders hoch. Bei der Spezialversorgung ist ebenfalls der Anteil Fettleibiger eine relevante Erklärungsvariable sowie die Dichte von Fachärzten in einer KV-Region. Die genannten Variablen erklären erhebliche Teile von Grund- und Spezial-

versorgung, so dass die nicht erklärten Unterschiede zwischen den KV-Regionen mit +14 Euro (KV Thüringen) und -21 Euro (KV Nordrhein) eher marginal sind. Die höheren Werte von Berlin (+25 Euro) und Hamburg (+19 Euro) müssen im Zusammenhang mit den besonders geringen Wer-

ten von Brandenburg (-26 Euro) und Schleswig-Holstein (-16 Euro) gesehen werden, die auf die Zentrumsfunktion der beiden Großstädte zurückzuführen sind. Alleine das Saarland zeichnet sich auch nach der Adjustierung durch relativ starke Abweichungen ab (+30 Euro).