

BERTRAM HÄUSSLER
ARIANE HÖER
ELKE HEMPEL
(HRSG.)

Arzneimittel-Atlas 2012

Der Arzneimittelverbrauch
in der GKV

 Springer

Arzneimittel-Atlas 2012

Bertram Häussler, Ariane Höer, Elke Hempel (Hrsg.)

Arzneimittel-Atlas 2012

Der Arzneimittelverbrauch
in der GKV

 Springer

Prof. Dr. med. Bertram Häussler
Mediziner und Soziologe
bh@iges.de

Elke Hempel
Diplom-Ökonomin
he@iges.de

Dr. med. Ariane Höer
Ärztin für Pharmakologie und Toxikologie
ah@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.de
www.arzneimittel-atlas.de

„IGES Arzneimittel-Atlas“ ist eine eingetragene Marke der IGES Institut GmbH.

ISBN-13 978-3-642-32586-1
DOI 10.1007/978-3-642-32587-8

ISBN 978-3-642-32587-8 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Diana Kraplow
Projektmanagement: Dr. Astrid Horlacher
Lektorat: Beate Klein, Beratzhausen
Umschlaggestaltung: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg
Anatomische Abbildungen: Dr. Katja Dalkowski, Buckenhof
Satz und digitale Bearbeitung der Abbildungen: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Autoren:

Xiaoyu Chen
IGES Institut GmbH

Prof. Dr. Bertram Häußler
IGES Institut GmbH

Robert Haustein
IGES Institut GmbH

Elke Hempel
IGES Institut GmbH

Dr. Ariane Hörer
IGES Institut GmbH

Silvia Klein
IGES Institut GmbH

Christoph de Millas
IGES Institut GmbH

Dr. Carsten Scholz
IGES Institut GmbH

Unter Mitarbeit von:

Hans-Holger Bleß
IGES Institut GmbH

Dr. Katharina Dathe
IGES Institut GmbH

Sabine König
IGES Institut GmbH

Steffen Richter
IGES Institut GmbH

Jürgen Rost
INSIGHT Health GmbH & Co. KG

Tobias Woköck
IGES Institut GmbH

Mitglieder des projektbegleitenden Beirats:

Dr. Jürgen Bausch
Ehrevorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Hessen

Regina Feldmann
Vorstand der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Prof. Dr. Christoph H. Gleiter
Geschäftsführer der CenTrial GmbH,
Geschäftsführer des Koordinierungs-
zentrums für Klinische Studien an den
Universitätsklinika Tübingen und Ulm
(KKS-TU GmbH)

Dr. Andreas Penk
Vorsitzender der Geschäftsführung der
Pfizer Deutschland GmbH

Dr. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer der
Bundesärztekammer (BÄK)

Dr. Sebastian Schmitz
Hauptgeschäftsführer der
Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände (ABDA)

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender des Deutschen
Hausärzterverbandes e.V.

Prof. Dr. Eberhard Wille
Vorsitzender des Sachverständigenrates
zur Begutachtung der
Entwicklung im Gesundheitswesen

Inhalt

Vorwort zum Arzneimittel-Atlas 2012	IX
Vorwort zum ersten Arzneimittel-Atlas (Arzneimittel-Atlas 2006)	X
1 Zusammenfassung – Das Wichtigste in Kürze	1
2 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 im Überblick	3
2.1 Grundelemente der Ausgabenentwicklung	3
2.2 Apothekenumsätze versus Erstattungspreise	5
2.3 Entwicklung der Apothekenumsätze	5
2.4 Die Komponenten der Ausgabenveränderungen im Überblick	10
2.5 Die Komponenten im Einzelnen	13
2.6 Der Markt für Individualrabatte	32
3 Umsatzveränderungen in einzelnen Indikationsgruppen	43
3.1 A02 Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	45
3.2 A10 Antidiabetika – Schwerpunkt Diabetes mellitus	56
3.3 A16 Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel	80
3.4 B01 Antithrombotische Mittel	93
3.5 B02 Antihämorrhagika	105
3.6 B03 Antianämika	115
3.7 C02, C03, C07, C08, C09 Mittel zur Behandlung der Hypertonie	126
3.8 C10 Lipidsenkende Mittel	144
3.9 G04 Urologika	155
3.10 J01 Antibiotika zur systemischen Anwendung	167
3.11 J05 Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	177
3.12 J07 Impfstoffe	190
3.13 L01 Antineoplastische Mittel	205
3.14 L02 Endokrine Therapie (zytostatische Hormone)	221
3.15 L03 Immunstimulanzien	232
3.16 L04 Immunsuppressiva	243
3.17 M01 Antiphlogistika und Antirheumatika	258
3.18 M05 Mittel zur Behandlung von Knochenkrankheiten	269
3.19 N02 Analgetika	278
3.20 N03 Antiepileptika	291
3.21 N04 Antiparkinsonmittel	302
3.22 N05 Psycholeptika	313

3.23	N06 Psychoanaleptika	327
3.24	R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	341
3.25	R05 Husten- und Erkältungspräparate	353
3.26	V01 Allergenextrakte.	360
3.27	V04 Diagnostika	369
4	Regionale Entwicklung von Ausgaben und Verbrauch	377
5	AMNOG: Erste Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nach § 35 SGB V	383
5.1	Übersicht zu Verfahrensstand und aktuellen Bewertungen	383
5.2	Differenzen zwischen Einschätzungen von Hersteller und IQWiG bzw. G-BA	388
5.3	Standards der evidenzbasierten Medizin in der frühen Nutzenbewertung	397
5.4	Folgen für die Versorgung.	398
5.5	Fazit	398
5.6	Exkurs: Nutzenbewertung in anderen Ländern	399
6	Methodische Erläuterungen	404
6.1	ATC-Klassifikation	404
6.2	DDD-Konzept	406
6.3	Datenbasis.	408
6.4	Statistische Komponentenzzerlegung/Indexanalyse	412
6.5	Epidemiologie, Bedarf und Angemessenheit der Versorgung	416
6.6	Entwicklung der Indikationsgruppen	418
6.7	Aufteilung des Arzneimittelmarktes in Versorgungssegmente	419
6.8	Regionale Arzneimittelanalysen	420
6.9	Rabatte in der gesetzlichen Krankenversicherung	422
7	Tabellarische Informationen	424
	Glossar	436
	Register	439

Vorwort zum Arzneimittel-Atlas 2012

Der Arzneimittel-Atlas erscheint in diesem Jahr zum siebten Mal in Folge und hat sich als Referenzwerk längst etabliert. Auch 2012 ist der Verbrauch von Arzneimitteln innerhalb der GKV zentrales Thema. Die Arzneimittel-ausgaben werden auf Basis von Erstattungspreisen dargestellt, analysiert und bewertet. Breiten Raum nimmt erneut die Betrachtung der Prävalenz von Erkrankungen sowie des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs ein. Untersucht wird außerdem, welche Verschiebungen es zwischen Therapieansätzen und Analog-Wirkstoffen gegeben hat und wodurch diese zu erklären sind. Beleuchtet sind auch die Einsparungen beispielsweise durch den vermehrten Einsatz von Generika.

Der Arzneimittel-Atlas 2012 untersucht 95 Indikationsgruppen, davon 31 im Detail. Eine gewisse Kontinuität hat inzwischen das Thema der individuellen Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V, welches nun in Kapitel 2 integriert ist. Die Analyse der Arzneimittel-ausgaben auf regionaler Ebene ist inzwischen aus dem Arzneimittel-Atlas nicht mehr wegzudenken (Kapitel 4). Neu ist, dass die regionalen Unterschiede im Pro-Kopf-Verbrauch von Arzneimitteln sehr viel breiteren Raum einnehmen als bisher. Künftig werden im Indikationskapitel die regionalen Verbrauchsunterschiede aller Indikationsgruppen anhand einer Landkarte dargestellt und diskutiert (Kapitel 3). Damit liefert der Arzneimittel-Atlas die Basis für einen interregionalen Vergleich.

Das Indikationskapitel setzt dieses Jahr zudem einen Schwerpunkt zum Thema Diabetes mellitus und Antidiabetika (Abschnitt 3.2). Ein Sonderkapitel zieht eine erste Bilanz zu der mit dem AMNOG eingeführten frühen Nutzenbewertung (Kapitel 5).

Unser Dank gilt der Firma INSIGHT Health und ihrem Geschäftsführer, Herrn Roland Lederer, die uns wie schon in den Vorjahren die Datenbasis des Arzneimittel-Atlas zur Verfügung stellten. Für die finanzielle Unterstützung unserer Arbeit am Atlas danken wir dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller. Wir danken ebenfalls unserem wissenschaftlichen Beirat, der die Arbeit am Arzneimittel-Atlas kritisch begleitet hat. Für die Inhalte des Arzneimittel-Atlas 2012 zeichnen aber ausschließlich die Herausgeber und Autoren verantwortlich. Zuletzt ist den Mitarbeitern beim Springer-Verlag für ihre Flexibilität und die große Unterstützung der Arbeit am Arzneimittel-Atlas zu danken.

Berlin, im Juli 2012

*Prof. Dr. Bertram Häussler
Dr. Ariane Höer
Elke Hempel*

Ergänzende Informationen unter:
www.arzneimittel-atlas.de

Vorwort zum ersten Arzneimittel-Atlas (Arzneimittel-Atlas 2006)

Valide Informationen über die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und die dadurch entstehenden Ausgaben für die Kostenträger sind unverzichtbar für eine verantwortliche Gestaltung ihrer medizinischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund kommt dem Arzneiverordnungs-Report, der diese Funktion seit über 20 Jahren wahrnimmt, ein großer Verdienst zu.

In dieser Zeit haben jedoch enorme Veränderungen stattgefunden: Die Mehrzahl der Arzneimittel, die vor 20 Jahren eingesetzt wurden, werden heute nicht mehr verwendet. Viele davon werden heute von Fachleuten abgelehnt, weil sie keinen wissenschaftlichen Standards genügen. Polypragmasie und eine gewisse Beliebigkeit der Anwendung gehörten damals notwendigerweise zum Alltag des Verordnens, das noch wenig von finanziellen Restriktionen beeinflusst war. Die heutige Arzneimitteltherapie hat damit nicht mehr viel gemein: Leitlinien prägen ihren Einsatz. Die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Arzneimitteln wird ständig thematisiert und von Patienten, Ärzten und Apothekern eingefordert.

Vor dem Hintergrund dieses Wandels erschien es uns angebracht, die Angemessenheit der durch den Arzneiverordnungs-Report bereitgestellten Information zu untersuchen. Das Ergebnis unserer Analyse ließ es sinnvoll erscheinen, einen neuen Ansatz zu entwickeln und umzusetzen. Der vorliegende Arzneimittel-Atlas bietet sich nunmehr als alternatives Informationssystem an.

Dass der Atlas überhaupt realisiert werden konnte, hatte jedoch zwei unverzichtbare Voraussetzungen: Die Verfügbarkeit der Ver-

ordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Finanzierung des Vorhabens.

Die erforderlichen Daten wurden uns von der Firma INSIGHT Health zur Verfügung gestellt, die diese erst seit relativ kurzer Zeit bereitstellen kann. Wir danken insbesondere Herrn Roland Lederer für seine vertrauensvolle Unterstützung. Es ist zu wünschen, dass die derzeitigen Planungen zur Gesundheitsreform nicht dazu führen werden, dass das frühere Datenmonopol wieder hergestellt wird und alternative Berichtssysteme wie der Arzneimittel-Atlas unmöglich werden.

Dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller danken wir für das Vertrauen, ein solches Vorhaben in vertretbarer Zeit überhaupt realisieren zu können, sowie für die dafür erforderliche finanzielle Unterstützung.

Besonderer Dank gilt unserem früheren Kollegen Peter Reschke, der seit 1. Juli dieses Jahres Geschäftsführer des Instituts des Bewertungsausschusses ist. Er hat das komplizierte Formelwerk entwickelt und seine Umsetzung begleitet.

Den Mitgliedern des projektbegleitenden Beirats danken wir ganz herzlich für ihre wertvollen Beiträge zur Ausgestaltung der Methode und zur Interpretation der Resultate. Für den Inhalt sind jedoch ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Berlin, im September 2006

*Prof. Dr. Bertram Häussler
Dr. Ariane Höer
Elke Hempel
Philipp Storz*

1 Zusammenfassung – Das Wichtigste in Kürze

Erstmals seit 2004 kam es im Jahr 2011 zur einem erheblichen Rückgang der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel: Statt 30,2 Mrd. Euro im Jahr 2010 betragen die Ausgaben 2011 nur 29,1 Mrd. Euro. Dies waren 1,2 Mrd. Euro bzw. 3,7 % weniger als 2010. Bereits 2010 war nur eine sehr geringe Ausgabensteigerungsrate gegenüber 2009 von 0,6 % beobachtet worden.

Für Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken belief sich der Umsatz 2011 auf 33,3 Mrd. Euro und lag damit um 440 Mio. bzw. 1,3 % höher als 2010. Im Vorjahr war der Umsatz noch um 1.038 Mio. Euro gestiegen. Außerdem wurde der Umsatz 2011 durch Zuzahlungen und vor allem durch Rabatte sehr viel stärker gemindert als im Vorjahr. Das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG), welches 2010 in Kraft trat, entfaltete 2011 seine volle Wirkung. Seit August 2010 gilt ein Preismoratorium und der Herstellerabschlag wurde von 6 % auf 16 % angehoben. Die Rabatte der Hersteller lagen 2010 schon bei insgesamt 2.876 Mio. Euro. 2011 stiegen die von den Herstellern geleisteten Rabatte nochmals um 1.293 Mio. Euro und erreichten eine Höhe von insgesamt 4.169 Mio. Euro. Dazu trugen die erhöhten Abschläge und das Preismoratorium nach § 130a Abs. 1a und 3a SGB V mit rund 60 % bei, die individuellen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V mit etwa 40 %. Die Zuzahlungen der Patienten waren 2010 mit 1.807 Mio. Euro nur um 106 Mio. Euro höher als im Vorjahr. Bezieht man auch die Apothekenabschläge mit ein, dann wurden den Kassen 2011 in Summe Abschläge

und Zuzahlungen von 7.131 Mio. Euro gewährt (1.577 Mio. Euro mehr als 2010).

Unter den 31 im Detail betrachteten Indikationsgruppen stiegen lediglich in sechs Gruppen im Vergleich zum Vorjahr die Ausgaben an. An erster Stelle lagen – wie bereits in den Vorjahren – die Immunsuppressiva mit 83 Mio. Euro (2010: 182 Mio. Euro), gefolgt von den Antihämorrhagika mit 46 Mio. Euro (2010: 39 Mio. Euro). An dritter Stelle lagen „Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel“ mit 26 Mio. Euro (2010: 23 Mio. Euro). Insgesamt 23 Indikationsgruppen konnten 2011 einen Ausgabenrückgang von mindestens 10 Mio. Euro feststellen; 2010 konnten dies nur neun Indikationsgruppen.

Ursache für den Ausgabenrückgang waren in meisten Fällen die erhöhten Herstellerabschläge. Der größte Ausgabenrückgang war erneut bei den Impfstoffen zu beobachten und lag hier bei 149 Mio. Euro (2010: –171 Mio. Euro). 2010 kann man den Ausgabenrückgang bei den Impfstoffen im Wesentlichen auf eine (erneut) verminderte Inanspruchnahme der Influenzaimpfung zurückführen.

Die Einführung von Pantoprazol-Generika hatte bei den Mitteln gegen säurebedingte Erkrankungen bereits 2010 die Ausgaben um 137 Mio. Euro gesenkt. 2011 sanken die Ausgaben erneut um 146 Mio. Euro, hauptsächlich wegen Preissenkungen.

Wie in der Vergangenheit war auch 2011 der Verbrauchsanstieg die stärkste Treibkraft für den Ausgabenanstieg. Der Wert der Verbrauchskomponente lag 2011 mit 968 Mio. Euro etwas höher als im Vorjahr (866 Mio.

Euro). Der größte Anteil der verbrauchsbedingten Mehrausgaben betraf 2011 Medikamente zur Behandlung von immunologischen und säurebedingten Erkrankungen sowie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der Anteil höherpreisiger Analog-Wirkstoffe und die Modernisierung der Therapie erhöhten 2011 die Ausgaben mit insgesamt 426 Mio. Euro geringer als 2010 mit 497 Mio. Euro. Zu dem Anstieg der Therapieansatzkomponente trugen die Antidiabetika und die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System am stärksten bei. Der durch die Analogkomponente angezeigte Ausgabenanstieg entfiel vor allem auf Schmerzmittel und Neuroleptika.

Wie schon 2010 war 2011 die Preiskomponente am auffälligsten: Bereits im Vorjahr minderte sie die Ausgaben um 952 Mio. Euro. 2011 wurde eine Ausgabenreduktion von 1.764 Mio. Euro erreicht – wiederum hauptsächlich ein Effekt der erhöhten Herstellerabschläge und des Preismoratoriums. Die Einsparungen durch den vermehrten Einsatz von Generika lagen 2011 mit 350 Mio. Euro deutlich höher als im Vorjahr mit rund 204 Mio. Euro.

Die Ausgaben pro GKV-Versicherten sind im Jahr 2011 um 3,7 % auf 388 Euro gesunken. Den stärksten Rückgang verbuchte mit -4,8 % die KV Nordrhein; lediglich in der KV Sachsen stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben um 0,1 % an.

Auch diese Ausgabe des Arzneimittel-Atlas diskutiert zwei aktuelle Themen: Kapitel 3 setzt einen Schwerpunkt auf Diabetes mellitus, und ein Sonderkapitel zieht eine erste Bilanz zur frühen Nutzenbewertung (Kapitel 5).

Nach dem aktuellen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts liegt die Prävalenz für bekannte Diabeteserkrankungen bei 7,2 %.

Gegenüber dem letzten, 1998 durchgeführten Survey bedeutet das eine Steigerung von 38 %. Der Verbrauch von Antidiabetika hat sich zwischen 1996 und 2011 nahezu verdoppelt. Bezüglich Ausgaben und Verbrauch bei Antidiabetika je GKV-Versicherten fielen erhebliche regionale Unterschiede auf. Am höchsten waren Pro-Kopf-Ausgaben und -Verbrauch in den östlichen Bundesländern. Korrelationsanalysen bei den Pro-Kopf-Ausgaben ergaben, dass dies überwiegend mit der unterschiedlichen Diabetesprävalenz und dem differierenden Anteil adipöser Menschen zu erklären ist.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) ist seit Januar 2011 in der Regel für jeden neu eingeführten Wirkstoff eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erforderlich. Auf Basis dieser Nutzenbewertung wird dann entschieden, ob das Arzneimittel in das Festbetragssystem eingegliedert wird, oder ob ein Erstattungspreis entsprechend dem ermittelten Zusatznutzen verhandelt wird. Inzwischen wurde für eine Reihe neuer Arzneimittel der Zusatznutzen beurteilt. Die Beurteilung der Hersteller und die Bewertung von IQWiG bzw. G-BA wiesen zahlreiche Differenzen auf, insbesondere in Bezug auf den Zusatznutzen und die zweckmäßige Vergleichstherapie. Drei Wirkstoffe wurden in Deutschland vom Markt genommen, weil die Hersteller befürchteten, in den Preisverhandlungen keinen adäquaten Preis erzielen zu können. Inzwischen hat der G-BA an verschiedenen Stellen des Verfahrens Änderungen vorgenommen bzw. solche angekündigt und dabei Kritikpunkte anderer Beteiligter aufgenommen. Insofern bleibt das Verfahren der frühen Nutzenbewertung weiterhin ein „lernendes System“.

2 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 im Überblick

BERTRAM HÄUSSLER, CHRISTOPH DE MILLAS, ROBERT HAUSTEIN

Im Jahr 2011 kam es zum ersten Mal seit 2004 zu einem massiven Rückgang der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 2004 war dieser Rückgang die Folge von Kürzungen im Leistungskatalog – beispielsweise wurden nichtrezeptpflichtige Arzneimittel weitgehend nicht mehr erstattet – und von massiven Vorzieheffekten wegen höherer Zuzahlungen (Häussler et al. 2006). 2011 war der Ausgabenrückgang erneut ein Resultat gesetzlicher Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung: das „Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften“ (GKV-ÄndG), welches im August 2010 in Kraft trat, und das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (AMNOG), welches seit Januar 2011 gilt. Dabei waren alle Glieder der Distributionskette von ambulant verordneten Arzneimitteln betroffen. Für Arzneimittel ohne Festbetrag wurde der Herstellerabschlag von 6 % auf 16 % erhöht und wieder ein Preismoratorium eingeführt. Der Apothekenabschlag stieg gegenüber den vereinbarten 1,75 € im Jahr 2010 auf 2,05 € für das Jahr 2011. Im Jahr 2011 musste der Großhandel einen Abschlag in Höhe von 0,85 % auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) leisten.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel nach der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gingen 2011 um 3,7 % (bzw. 1.121 Mio. Euro) von 30.180 Mio. auf 29.059 Mio. Euro zurück (**Tabelle 2.1**). Im Zeitraum von 2005 bis 2010 waren die Arzneimittelausgaben noch um durchschnittlich

1.101 Mio. Euro bzw. 4,1 % pro Jahr gewachsen. Durch die starken Spareffekte befanden sich die Arzneimittelausgaben 2011 damit unterhalb des Niveaus von 2009.

2.1 Grundelemente der Ausgabenentwicklung

Die GKV-Arzneimittelausgaben setzen sich aus drei Elementen zusammen:

- » Umsätze aus Verordnungen für Arzneimittel, Verbandmittel etc., die über Apotheken ausgeliefert werden,
- » Abschläge auf diese Umsätze durch Rabatte und Zuzahlungen,
- » Sonstige Umsätze von anderen Lieferanten sowie für Artikel, die nicht Arzneimittel sind.

Die Umsätze der Apotheken mit Arznei- und Verbandmitteln zu Apothekenverkaufspreisen stiegen nach amtlicher Statistik des BMG um 1,3 % bzw. 440 Mio. Euro auf 33.314 Mio. Euro (**Tabelle 2.1**) (Vorjahreswert 3,3 % bzw. 1.038 Mio. Euro). Bei der Betrachtung der Umsätze ist dabei zu berücksichtigen, dass der geleistete Großhandelsabschlag direkt in die Apothekenverkaufspreise eingepreist wurde.

Den gestiegenen Umsätzen standen Abschläge gegenüber, die den Kassen im Vergleich zum Vorjahr zusätzliche Entlastungen von insgesamt 1.577 Mio. Euro brachten (Vorjahr –984 Mio. Euro), weil mehr Zuzahlungen geleistet wurden, aber insbesondere die Summe der Rabatte der pharmazeutischen Industrie deutlich zunahm. Die Zuzahlungen haben im Vergleich zum Vorjahr

Tabelle 2.1: Elemente der Ausgabenentwicklung der GKV für Arznei- und Verbandmittel in den Jahren 2009 bis 2011.

	Element der Ausgabenentwicklung	Quelle	2009 (Mio. Euro)	2010 (Mio. Euro)	2011 (Mio. Euro)	Differenz 2010 vs. 2011 (Mio. Euro)	Differenz 2010 vs. 2011 (%)
I	Gesamtsumme Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken nach AVP*	IGES-Berech.	31.836	32.874	33.314	440	1,3
II	Abschläge auf diese Umsätze		-4.570	-5.553	-7.131	-1.577	28,4
	darunter						
IIa	Zuzahlungen von Patienten	KV45/KJ1	-1.650	-1.701	-1.807	-106	6,2
IIb	Arzneimittelrabatte von Herstellern (gesetzlich und individuell)	KV45/KJ1	-1.781	-2.876	-4.169	-1.293	45,0
IIc	Arzneimittelrabatte von Apothekern	KV45/KJ1	-1.139	-976	-1.154	-178	18,3
III	Sonstiges**	KV45/KJ1	2.737	2.860	2.876	17	0,6
	Ausgaben GKV	KV45/KJ1	30.004	30.180	29.059	-1.121	-3,7

* Aus Apotheken, ohne Hilfsmittel, zu Apothekenverkaufspreisen

** Ausgaben für Arzneimittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, Digitalisierung der Verordnungsblätter, Arzneimittel von sonstigen Lieferanten und dem Versandhandel

Quelle: ABDA, BMG (KJ1, KV45/ Stand 8.3.2012), NVI (INSIGHT Health), IGES-Berechnungen

leicht zugenommen (106 Mio. Euro). Diese geringe Veränderung korrespondiert mit dem nur geringen Anstieg der Verordnungen (2011: 0,45 %). Zudem führte die Nutzung von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V möglicherweise zu einer Erhöhung der Zuzahlungen, falls diese im Rahmen der Rabattverträge nicht erlassen wurden.

Die Rabatte der Hersteller (inklusive der Individualrabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V) bewirkten 2011 nach der Statistik des BMG (Jahresstatistik KJ1 für 2009 und 2010 und Quartalsstatistik KV45 für das Jahr 2011/ Stand 8.3.2012) eine zusätzliche Entlastung

der GKV in Höhe von -1.293 Mio. Euro gegenüber 2010 (Vorjahr: -1.095 Mio. Euro). Die Individualrabatte nahmen um 21 % zu. Geleistete gesetzliche Rabatte durch Arzneimittelhersteller stiegen um 65 %. Ursache dafür war, dass die gesetzlichen Maßnahmen des GKV-ÄndG im August 2010 eingeführt wurden und somit erst 2011 für volle zwölf Monate griffen. Die geleisteten Abschläge der Apotheker wuchsen infolge des höheren Apothekenabschlags für das Jahr 2011 um 178 Mio. Euro.

Die sonstigen Ausgaben für Arzneimittel außerhalb der vertragsärztlichen Versor-

gung, Digitalisierung der Verordnungsblätter und für Arzneimittel sonstiger Lieferanten sowie des Versandhandels nahmen 2011 nur schwach zu (0,6 %). In den Vorjahren war der Umsatz des Versandhandels noch stark gestiegen, 2011 ging er aber bei einer Höhe von 385 Mio. Euro geringfügig um 0,9 % gegenüber dem Vorjahr zurück. Entsprechend war der Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben mit 1,3 % weiterhin gering.

2.2 Apothekenumsätze versus Erstattungspreise

Im Arzneimittel-Atlas 2012 erfolgt die Darstellung der Ausgabenentwicklung wie im Vorjahr auf Basis der Erstattungspreise. Das heißt, alle von Herstellern und Apotheken gewährten Abschläge und Rabatte wurden berücksichtigt. Lediglich die Zu- und Aufzahlungen der Patienten konnten nicht berücksichtigt werden, da sich Informationen über erlassene Zuzahlungen wegen Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V nicht der einzelnen Verordnung zuordnen ließen. Diese Preise spiegeln somit den arzneimittelbezogenen Betrag wider, welcher von den Krankenkassen erstattet und von den Patienten gezahlt wurde. Die Änderung des Vorgehens war notwendig, weil Apothekenverkaufspreise (AVP) inzwischen nur noch eine eingeschränkte Aussagekraft haben – bedingt durch die verschiedenen Abschläge und Rabatte nach § 130, § 130a Abs. 1, 1a, 3a, 3b und 8 SGB V. Durch die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V (siehe Kapitel 5) werden in Zukunft mit den Vereinbarungen über Erstattungsbeträge nach § 130b und Verträgen von Kassen mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130c SGB V noch weitere Abschläge auf den Apothekenverkaufspreis hinzukommen. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Erstattungspreise ist in Kapitel 6 beschrieben.

2.3 Entwicklung der Apothekenumsätze

Um mit den Arzneimittel-Atlanten der Vorjahre kompatibel zu sein, erfolgte auch für den Arzneimittel-Atlas 2012 die Auswahl der betrachteten Arzneimittelgruppen auf Basis der Apothekenverkaufspreise. Die Berechnungen der betrachteten Komponenten erfolgte hingegen, wie in Abschnitt 2.2 dargelegt, auf Basis der Erstattungspreise. Gemeinsame Grundlage für alle Berechnungen im Arzneimittel-Atlas 2012 sind die Daten der „Nationalen Verordnungsinformation“ (NVI).

Bei Betrachtung der Umsätze auf Basis der Apothekenverkaufspreise auf der Ebene von 96 Indikationsgruppen wiesen neun Indikationsgruppen im Jahr 2011 eine Umsatzveränderung von mehr als 40 Mio. Euro auf. Seit dem ersten Arzneimittel-Atlas (Ausgabe 2006) wurden für 31 Indikationsgruppen mindestens einmal Umsatzsteigerungen von mehr als 40 Mio. Euro ausgewiesen (siehe Kapitel 3). Die betrachteten Indikationsgruppen sind in **Tabelle 2.2** aufgeführt. Sie bilden die Grundlage für die Analysen im Arzneimittel-Atlas 2012 auf Basis der Verordnungen für Fertigarzneimittel. Die topographische Darstellung der Gruppen erfolgt in **Abbildung 2.1**. Sie zeigt die neun Indikationsgebiete mit einer Umsatzveränderung von mehr als 40 Mio. Euro im Jahr 2011. Insgesamt erhöhte sich für 15 der betrachteten Indikationsgruppen der Umsatz im Vergleich zum Vorjahr. Hingegen kam es bei 16 der 31 dargestellten Gruppen zu Umsatzrückgängen (**Abbildung 2.2**). Somit ging zum ersten Mal in der Mehrheit der betrachteten Indikationsgruppen der Umsatz zurück.

Der mit Abstand größte Umsatzanstieg wurde, wie schon in den Jahren zuvor, für die Gruppe der Immunsuppressiva (L04) festgestellt (261,7 Mio. Euro). Der zweitstärkste Umsatzanstieg erfolgte im Indikationsgebiet der antiviralen Mittel zur systemischen Anwendung (J05) mit 82,9 Mio. Euro. Der Um-

Tabelle 2.2: Umsätze und Umsatzveränderungen in den 31 betrachteten Indikationsgruppen in den Jahren 2010 und 2011.

ATC 3	Indikationsgruppe	Umsatz	Umsatz	Umsatz-	Prozentuale
		(Mio. Euro)	(Mio. Euro)	änderung	Veränderung
		2010	2011	(Mio. Euro)	gegenüber
				2010 vs. 2011	Vorjahr
					2010 vs. 2011
L04	Immunsuppressiva	1.895,8	2.157,5	261,7	13,8
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	868,3	951,2	82,9	9,6
A10	Antidiabetika	1.873,8	1.933,5	59,8	3,2
N03	Antiepileptika	819,2	869,0	49,8	6,1
B02	Antihämorrhagika	132,1	180,7	48,7	36,9
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel	187,7	227,3	39,7	21,1
L01	Antineoplastische Mittel	989,2	1.022,4	33,3	3,4
L03	Immunstimulanzien	1.340,5	1.372,2	31,7	2,4
N05	Psycholeptika	1.349,9	1.378,0	28,1	2,1
N02	Analgetika	1.610,3	1.632,9	22,6	1,4
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	2.120,8	2.134,5	13,7	0,6
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	683,6	694,7	11,1	1,6
V04	Diagnostika	954,3	961,8	7,5	0,8
G04	Urologika	364,5	369,5	4,9	1,4
C02	Antihypertonika	304,6	308,2	3,7	1,2
C03	Diuretika	392,4	390,2	-2,2	-0,6
V01	Allergene	362,1	358,3	-3,8	-1,1
R05	Husten- und Erkältungspräparate	163,5	154,5	-9,1	-5,5
J07	Impfstoffe	1.128,0	1.114,8	-13,1	-1,2
C08	Calciumkanalblocker	307,4	292,8	-14,6	-4,7
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	661,0	645,2	-15,9	-2,4
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	816,5	791,9	-24,6	-3,0
B03	Antianämika	295,2	266,9	-28,3	-9,6
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	397,9	368,1	-29,7	-7,5
C10	Lipidsenkende Mittel	703,1	672,1	-30,9	-4,4
N06	Psychoanaleptika	1.259,9	1.223,7	-36,3	-2,9
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	1.719,0	1.682,1	-36,9	-2,1
B01	Antithrombotische Mittel	919,9	876,1	-43,8	-4,8
N04	Antiparkinsonmittel	609,6	544,4	-65,2	-10,7
L02	Endokrine Therapie	638,6	551,0	-87,6	-13,7
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	922,6	810,2	-112,4	-12,2
	Sonstige Gruppen	5.133,0	5.213,9	80,8	1,6
	Gesamt	31.924,0	32.149,6	225,6	0,7

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

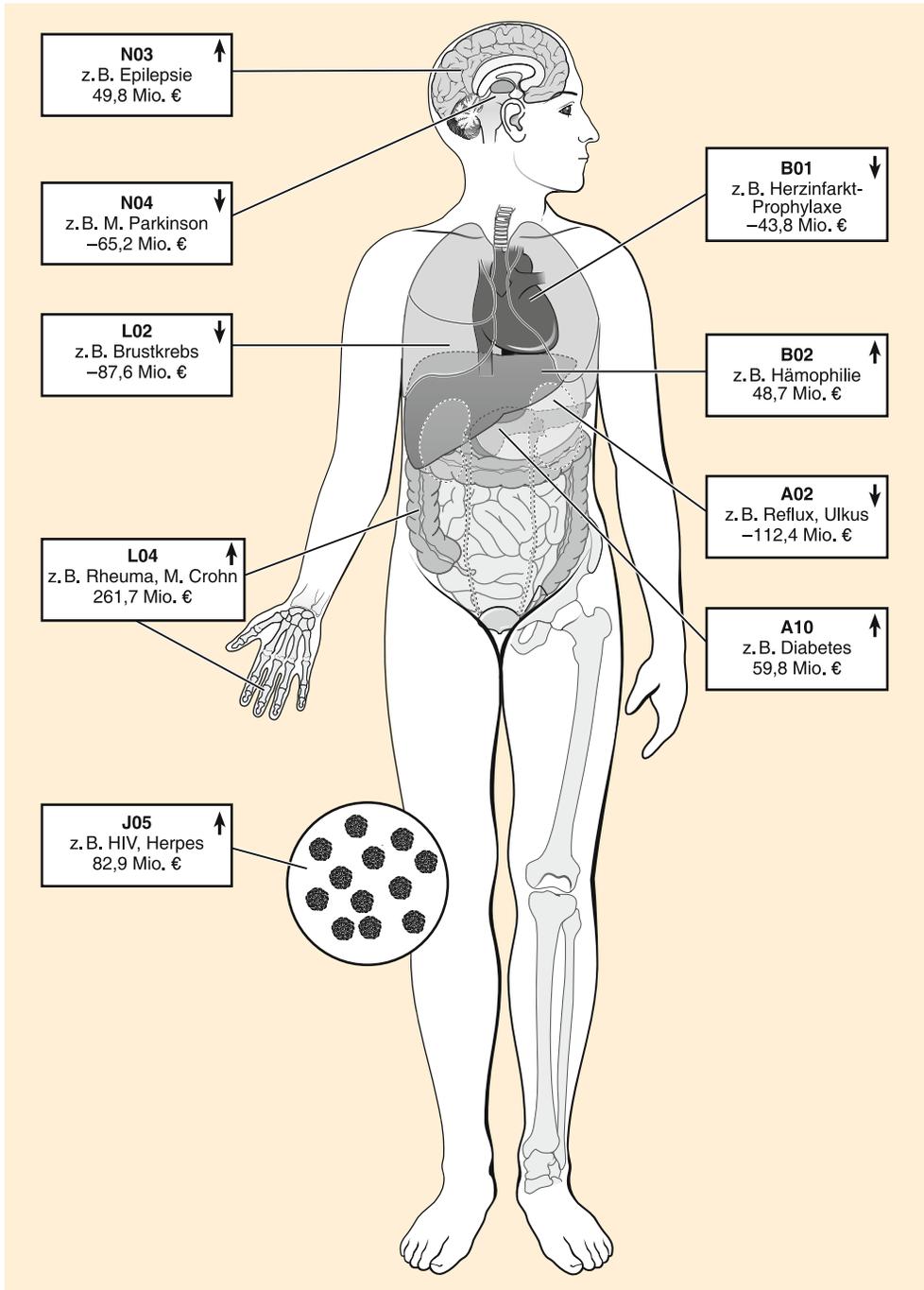


Abbildung 2.1: Medizinisch-topographische Zuordnung der Umsatzveränderungen im Jahr 2011 für Indikationsgruppen mit Umsatzsteigerungen bzw. -rückgängen von mehr als 40 Mio. Euro.

Quelle: IGES-Darstellung

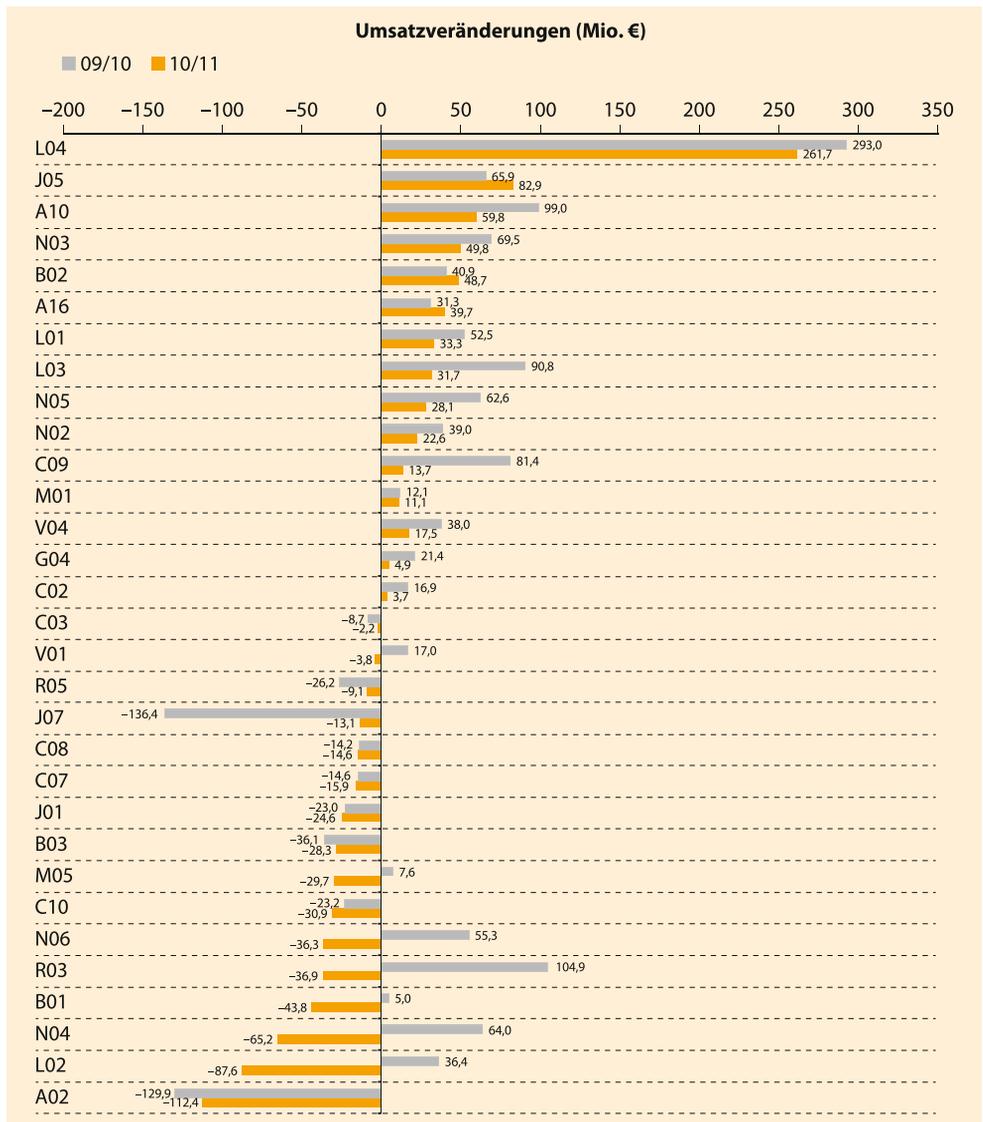


Abbildung 2.2: Umsatzveränderungen gegenüber dem Vorjahr in den 31 betrachteten Indikationsgruppen in den Jahren 2010 und 2011 in Mio. Euro.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

satzzunahme war dabei noch einmal größer als 2010. Insgesamt zeigte sich nur für zwei weitere Indikationsgruppen – Antihämorrhagika (B02) und Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16) – eine Zunahme des Umsatzanstiegs.

Im Bereich der Indikationsgruppen mit negativer Umsatzentwicklung erlebten die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) mit -112,4 Mio. Euro den stärksten Rückgang. Auch in der Gruppe der endokrinen Therapie (L02) war der Rückgang mit

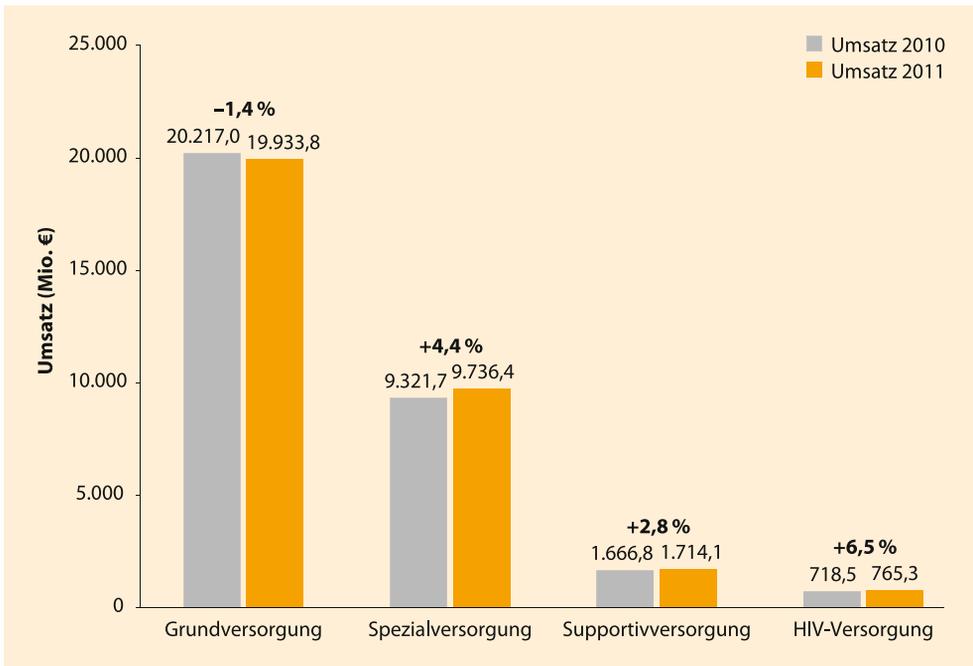


Abbildung 2.3: Arzneimittelumsätze zu Lasten der GKV in den Jahren 2010 und 2011 nach Versorgungssegmenten in Euro.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

87,6 Mio. Euro hoch. Weiterhin rückläufig, aber auf deutlich geringerem Niveau, war die Umsatzentwicklung für Impfstoffe (J07). Im Vergleich zu den Vorjahren zeigte sich eine Stabilisierung des Verbrauchs für einzelne Impfstoffe. Der Verbrauch für Gripeschutzimpfstoffe war aber weiter rückläufig. Auffällig ist auch die Entwicklung in der Indikationsgruppe für Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03). Von 2009 nach 2010 waren die Umsätze noch um 104,9 Mio. Euro gestiegen. Im Jahre 2011 gab es hingegen einen Rückgang um 36,9 Mio. Euro, weil für Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta₂-Sympathomimetika ein Festbetrag der Stufe 3 eingeführt wurde (GKV-Spitzenverband 2011).

Betrachtet man die Umsatzveränderungen im Jahr 2011 auf der Ebene verschiedener Versorgungssegmente, dann zeigt sich, dass

der Umsatzanstieg von 225,6 Mio. Euro für Fertigarzneimittel mehrheitlich auf die Entwicklung in der Spezialversorgung (414,7 Mio. Euro) zurückzuführen war, während in der Grundversorgung die Umsatzentwicklung rückläufig war (-283,2 Mio. Euro) (**Abbildung 2.3**). In der HIV-Versorgung war die Umsatzentwicklung mit einer Zunahme um 6,5 % zwar relativ betrachtet am höchsten, mit einem absoluten Zuwachs von 46,7 Mio. Euro aber vergleichsweise gering. Zwischen 2005 und 2010 waren die Umsätze in diesem Versorgungssegment um durchschnittlich 14,9 % pro Jahr gewachsen. Auch die Verbrauchszunahme gemessen in Tagesdosen (DDD) war in der HIV-Versorgung mit 5,4 % pro Jahr unter dem Durchschnitt (6,7 % pro Jahr) der vorherigen Jahre.

2.4 Die Komponenten der Ausgabenveränderungen im Überblick

Im Arzneimittel-Atlas 2011 wurde erstmals das Konzept der Komponentenerlegung auf Basis der Erstattungspreise angewendet (zur detaillierten Beschreibung der Methodik siehe Abschnitt 6.4). Dieses Vorgehen wird auch im diesjährigen Atlas beibehalten. Durch die Änderung der Basis von Umsätzen zu Ausgaben ändert sich vor allem die Preiskomponente. Für alle übrigen Komponenten ergeben sich ähnliche Werte wie bei einer Berechnung auf Basis der Apothekenverkaufspreise. Insofern bleibt die Vergleichbarkeit mit den früheren Ausgaben des Arzneimittel-Atlas für die meisten Komponenten gegeben. Für eine

Gruppe von zehn verschiedenen Komponenten werden Ausgabenveränderungen für die Versichertengemeinschaft ermittelt, welche sich aus den Mengen-, Struktur- und Preisänderungen von 2010 auf 2011 ergeben haben.

Die Struktur der Veränderung der Ausgabenkomponenten ähnelt der des Vorjahres, einzelne Komponenten weisen in ihrem Ausmaß deutliche Abweichungen gegenüber dem vorherigen Berichtsjahr auf. Hierbei sind insbesondere die Veränderungen bei der Generika- und der Preiskomponente hervorzuheben (**Abbildung 2.4**).¹

¹ Die Werte der Komponentenerlegung 2009/2010 weichen vom Arzneimittel-Atlas 2011 ab. Die Abweichung ergibt sich durch Datenaktualisierungen und einer besseren Berücksichtigung der zu leistenden Abschläge (Details siehe Abschnitt 6.4).

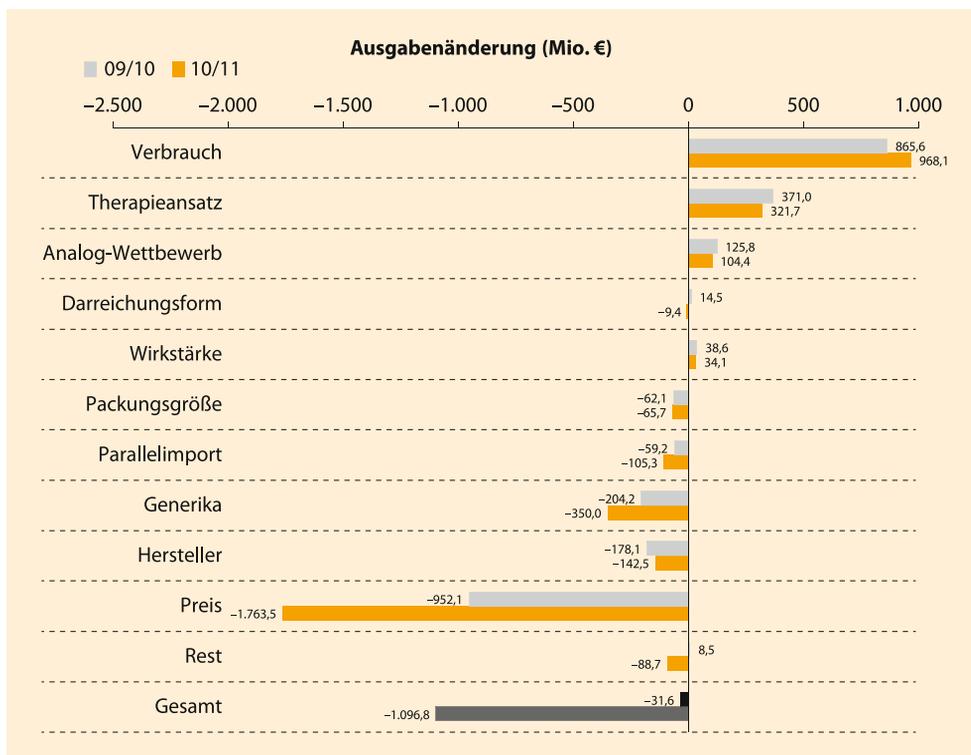


Abbildung 2.4: Gesamte Ausgabenveränderung und Veränderung der Komponenten der Ausgabenentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt in den Jahren 2010 und 2011 in Mio. Euro.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

- » Der Ausgabenanstieg, welcher durch die Verbrauchskomponente erklärt werden kann, fiel 2011 mit 968,1 Mio. Euro höher aus als im Vorjahr (865,6 Mio. Euro). Der steigende Verbrauch von Arzneimitteln war somit die stärkste positive Treibkraft auf die Ausgabenentwicklung.
- » Die Komponente „Therapieansatz“, ein Indikator für Fortschritte in der Therapie, nahm mit einem Wert von 321,7 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr (371,0 Mio. Euro) leicht ab.
- » Der durch die Komponente „Analog-Wettbewerb“ angezeigte Ausgabenanstieg war 2011 im Vergleich zum Vorjahr mit einem Wert von 104,4 Mio. Euro deutlich geringer (Vorjahr 125,8 Mio. Euro). Mehrausgaben durch den Einsatz von teureren Arzneimitteln auf der Ebene der Analog-Wirkstoffe spielten somit im Jahr 2011 eine geringere Rolle.
- » Im Jahr 2011 gab es geringfügige Einsparungen durch Wechsel auf günstigere Darreichungsformen. Betrug der Wert der Komponente „Darreichungsform“ im Vorjahr noch 14,5 Mio. Euro, führten 2011 strukturelle Verschiebungen bei den Darreichungsformen zu einer Ausgaben-senkung von -9,4 Mio. Euro.
- » Die Komponente „Wirkstärke“ führte sowohl 2010 (38,6 Mio. Euro) als auch 2011 (34,1 Mio. Euro) zu Mehrausgaben in der GKV. Dies bedeutet, dass in einzelnen Indikationsgebieten vermehrt Arzneimittel mit vergleichsweise teureren Wirkstärken verschrieben wurden. Möglicherweise wird der Einspareffekt durch die Verordnung höherer Wirkstärken und durch Teilen der Tabletten als nur noch gering eingeschätzt. Des Weiteren können infolge der Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V nur noch eingeschränkt gezielt Produkte verschrieben werden, die eine leichte Teilung der Tabletten ermöglichen. Dies könnte dazu geführt haben, dass vermehrt niedrigere Dosierungen verschrieben wurden, die tendenziell je DDD teurer waren.
- » Im Bezug auf die Komponente „Packungsgröße“ hielt der Trend hin zu größeren Packungen an. Im Jahre 2011 wurden Einsparungen von -65,7 Mio. Euro erzielt. Dies war geringfügig mehr als 2010 (-62,1 Mio. Euro).
- » Parallelimporte trugen auch 2011 mit -105,3 Mio. Euro zu den Einsparungen bei. Das Volumen der Einsparungen durch günstigere Parallelimporte war somit deutlich höher als im Vorjahr (-59,2 Mio. Euro). Teilweise sind die Einsparungen dadurch zu erklären, dass für einige Wirkstoffe Generika eingeführt wurden und daher der Anteil der - im Vergleich zu den Generika - teureren Parallelimporte zurückging.
- » Die Generikakomponente trug 2011 mit -350,0 Mio. Euro zu den Einsparungen bei und war damit wie im Vorjahr (-204,2 Mio. Euro) der größte strukturelle Einspareffekt. Somit konnte man beträchtliche Einsparungen durch den Wechsel von teureren Originalen auf günstigere Generika erreichen.
- » Die Komponente „Hersteller“ drückt hauptsächlich den Wechsel zwischen Generikaherstellern aus. Für 2011 fiel der Einsparungseffekt mit -142,5 Mio. Euro geringer aus als im Vorjahr (-178,1 Mio. Euro). Die Summe aus Generika- und Herstellerkomponente zeigt, dass sowohl 2011 als auch 2010 die vermehrte Abgabe von Produkten günstigerer Generikahersteller bei gleicher Therapie die stärksten Einsparungen erzielen konnten. Dabei spielten auch die Rabattverträge eine Rolle, denn der Wechsel von nichtrabattierten Arzneimitteln auf rabattierte mit entsprechend günstigeren Erstattungspreisen führte zu entsprechenden strukturellen Einsparungen.
- » Der größte Einspareffekt zeigte sich 2011 erneut in der Komponente „Preis“. Im Jahr 2010 wurden durch Preissenkungen

Einsparungen von -952,1 Mio. erzielt. Im Jahr 2011 lagen diese mit -1.763,5 Mio. Euro noch einmal deutlich höher. Hauptursache für diese Einsparungen waren die höheren Herstellerabschläge und das Preismoratorium, welche infolge des GKV-ÄndG seit dem 1. August 2010 gültig sind. Diese höheren Rabatte galten entsprechend im Jahr 2010 nur für fünf Monate und entfalteten somit erst 2011 ihre volle Wirkung. Des Weiteren erhöhte sich 2011 der Apothekenabschlag und der Großhandel musste ebenfalls einen Rabatt leisten. Schließlich waren im Durchschnitt die geleisteten individuellen Rabatte höher und mehr Arzneimittel wurden im Rahmen von Rabattverträgen abgegeben.

Weitere Aufschlüsse über die Ausgabendynamik des Jahres 2011 ergeben sich aus der Differenzierung der Komponenten nach Versorgungssegmenten. Diese gliedern den GKV-Markt in Grund-, Spezial-, Supportiv- und HIV-Versorgung. Die Grundversorgung führen Hausärzte und die meisten Fachärzte durch. Die Spezialversorgung erfolgt durch spezialisierte Fachärzte bzw. wird durch diese initiiert. Die Supportivversorgung umfasst hauptsächlich die Schmerztherapie. Die HIV-Versorgung wird aufgrund ihrer besonderen Behandlungssituation und der ungleichen regionalen Verteilung der Prävalenz separat betrachtet (siehe Abschnitt 6.7).

Mit 16.593,9 Mio. Euro entfiel 2011 der Großteil der Ausgaben auf die Grundversorgung. Die Spezialversorgung hatte ein Volumen von 8.216,7 Mio. Euro. Die Supportivversorgung (1.418,8 Mio. Euro) und die HIV-Versorgung (659,0 Mio. Euro) hatten eine deutlich geringere Marktgröße.

Um zu einer übersichtlichen Betrachtung zu gelangen, wurden im Folgenden einzelne Komponenten zu Hauptkomponenten zusammengefasst:

» *„Innovationen“* aus den Komponenten „Therapieansatz“ und „Analog-Wettbewerb“ aufgrund der Überlegung, dass die

se Komponenten in der Regel dadurch zu Ausgabensteigerungen führen, dass der Anteil neuerer Arzneimittel gegenüber älteren steigt.

» *„Technische Einsparungen“* aus den Komponenten „Darreichungsform“, „Wirkstärke“, „Packungsgröße“, „Parallelimport“, „Generika“ und „Hersteller“ aufgrund der Überlegung, dass diese Komponenten zu Ausgabenreduktionen führen, da sowohl Ärzte als auch Patienten und Apotheker versuchen, durch Wechsel auf günstigere Präparate Einsparungen zu erzielen.

Die Betrachtung macht deutlich, dass die positiven Ausgabenveränderungen 2011 sowohl in der Grundversorgung (2,2 %), in der Spezialversorgung (6,1 %), als auch in der HIV-Versorgung (5,3 %) primär verbrauchsgetrieben waren (**Abbildung 2.5**). In der Supportivversorgung (2,6 %) war die Verbrauchskomponente ebenfalls positiv, aber nicht der größte Ausgabentreiber.

Die Ausgaben in der Supportivversorgung wurden am stärksten durch das Verschreiben neuer Arzneimittel getrieben (2,9 %). Im Vergleich zum Verbrauch hatten innovative Arzneimittel in der Spezialversorgung (2,1 %) und in der HIV-Versorgung (2,2 %) nur einen moderaten Einfluss auf den Ausgabenanstieg. In der Grundversorgung war er mit 1,1 % gering.

Ausgabenrückgänge durch technische Einsparungen waren primär im Bereich der Grundversorgung (-2,2 %) und der Spezialversorgung (-2,9 %) festzustellen. In der Grundversorgung konnte durch das beträchtliche Volumen der technischen Einsparungen der verbrauchsbedingte Ausgabenanstieg fast kompensiert werden. In der HIV-Versorgung spielten diese technischen Einsparungen überhaupt keine Rolle.

In allen Segmenten kam es zu massiven Einsparungen durch niedrigere Erstattungspreise. Die relativen preisbedingten Ausgabenrückgänge waren in der Spezialversorgung (-7,5 %) und in der HIV-Versorgung (-7,1 %) am größten. Dies lag daran, dass die

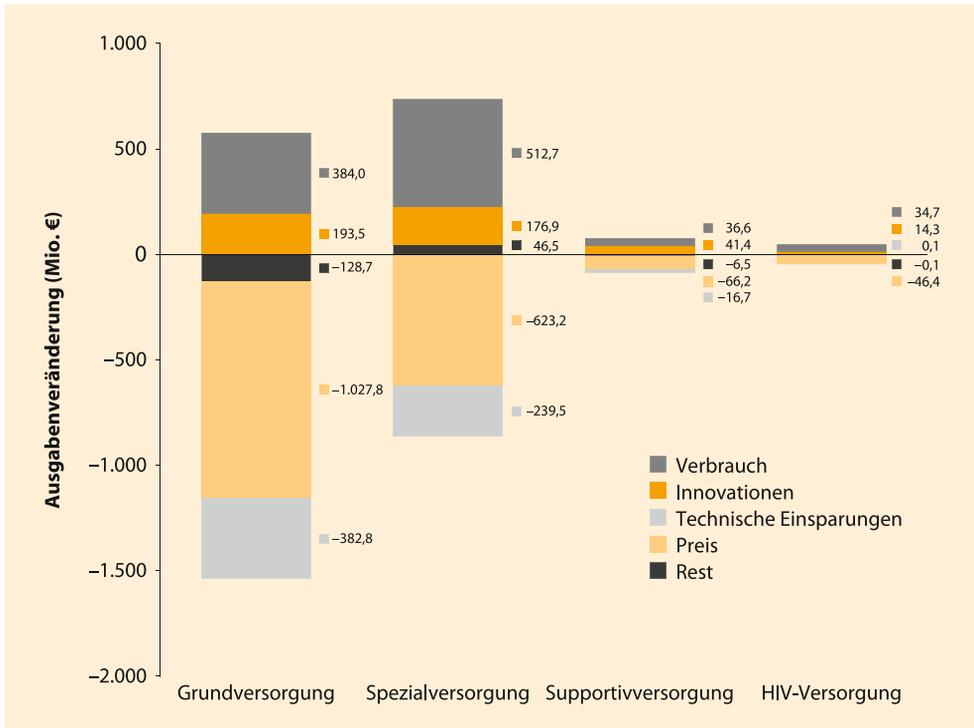


Abbildung 2.5: Gesamte Ausgabenveränderung und Veränderung der Komponenten der Ausgabenentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt im Jahr 2011 in Mio. Euro.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

gesetzlichen Sparmaßnahmen insbesondere auf den Markt der patentgeschützten Arzneimittel ausgerichtet waren. Ein überdurchschnittlicher Anteil der Ausgaben entfiel in diesen beiden Versorgungsbereichen auf patentgeschützte Arzneimittel. Die stark negative Preiskomponente drückt dies aus. Die Einspareffekte waren in der Grundversorgung (-5,9 %) und der Supportivversorgung (-4,6 %) deutlich geringer.

2.5 Die Komponenten im Einzelnen

Die Komponentenerlegung für die einzelnen Indikationsgruppen, die im Arzneimittel-Atlas besprochen werden, zeigt deutliche

Unterschiede im Einfluss der betrachteten Komponenten auf die gesamten Ausgabenveränderungen der einzelnen Indikationen (**Abbildung 2.6**).

Die Verbrauchskomponente leistete in der Mehrzahl der Indikationsgruppen einen erheblichen oder sogar den größten Beitrag zur Ausgabenerhöhung. Der deutlichste Verbrauchsanstieg zeichnete sich in der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva (L04) ab. Einen relativ hohen verbrauchsbedingten Ausgabenanstieg gab es auch in den Indikationsgruppen der Mittel zur Behandlung von säurebedingten Erkrankungen (A02) und der Arzneimittel zur Behandlung der Hypertonie (C02-C09). Die Innovationskomponenten erhöhten die Ausgaben am stärksten für Immunsuppressiva (L04) und Antidiabetika

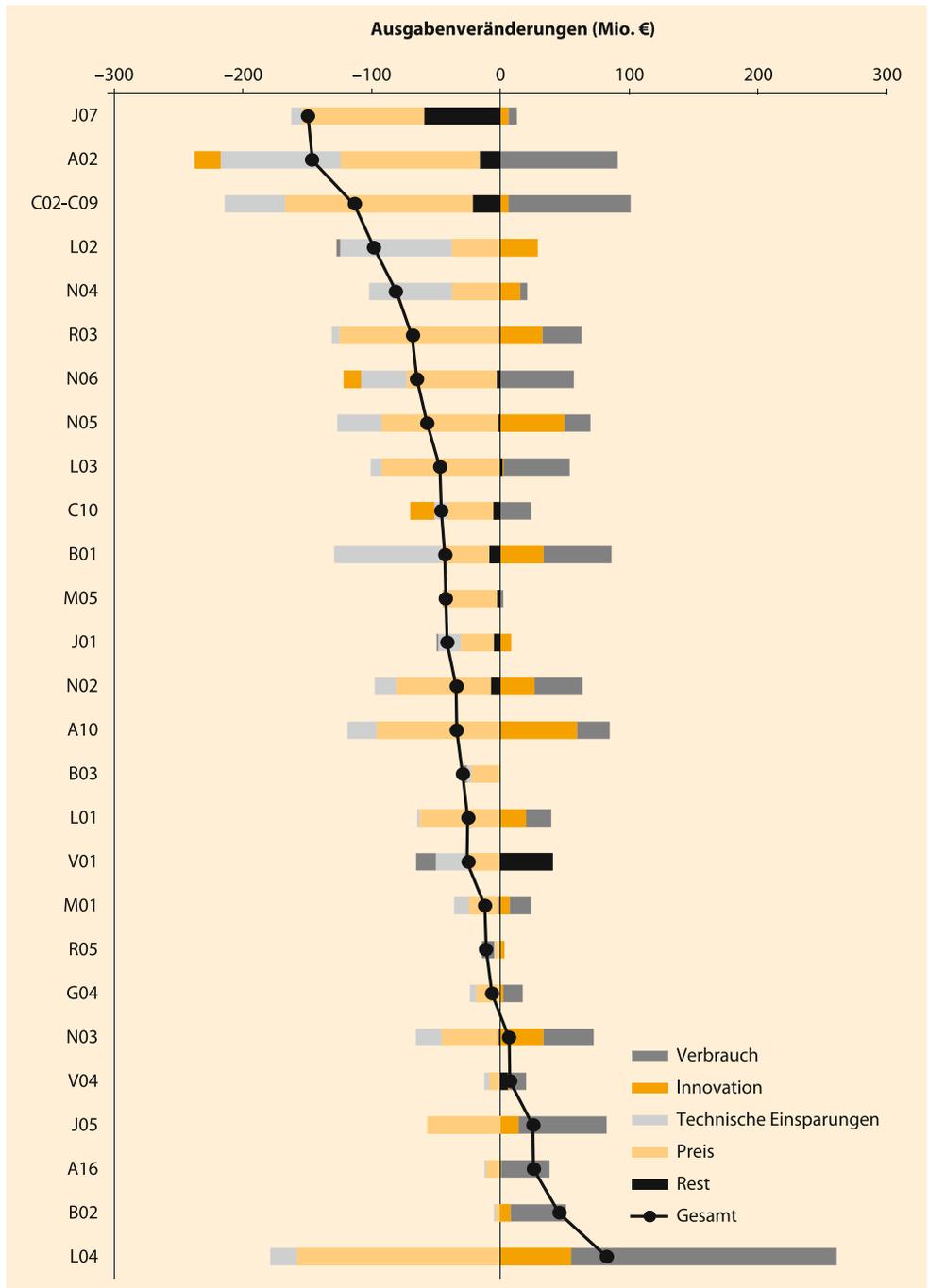


Abbildung 2.6: Einfluss der Komponenten auf die Ausgabenveränderung 2011 in den 31 betrachteten Indikationsgruppen.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

(A10). Die höchsten technischen Einsparungen waren in den Indikationsgruppen der Mittel gegen säurebedingte Erkrankungen (A02), der endokrinen Therapie (L02) sowie der antithrombotischen Mittel (B01) zu beobachten. Die Preiskomponente führte in allen Indikationsgruppen zu Einsparungen. Der stärkste preisbedingte Ausgabenrückgang geschah in der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva (L04). Dies glich aber den hohen verbrauchs- und innovationsbedingten Ausgabenanstieg nicht aus.

2.5.1 Verbrauch

Ausgabensteigerungen bedingt durch Verbrauchszunahmen stellten – wie schon in den Jahren zuvor – die mit Abstand größte Komponente dar. Sie war mit 968,1 Mio. Euro auch leicht höher als im Vorjahr (865,6 Mio. Euro). Der auffälligste Effekt war, dass bei den Impfstoffen (J07) der Verbrauch nicht weiter zurückging wie im Vorjahr (–133,5 Mio. Euro im Jahr 2010), sondern es war eine Stabilisierung des Verbrauchs zu beobachten und die Verbrauchskomponente war leicht positiv (6,6 Mio. Euro 2011). Im Vergleich zum Vorjahr waren die Ausgabenanstiege des Verbrauchs in den meisten Indikationsgebieten auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr oder geringer (**Abbildung 2.7**). Den größten Effekt auf die Verbrauchskomponente hatten erneut die Immunsuppressiva, deren Verbrauchskomponente 2011 mit 206,4 Mio. Euro fast so hoch war wie 2010 mit 214,5 Mio. Euro. Einen deutlichen Ausgabenanstieg durch größeren Verbrauch gab es lediglich bei den antiviralen Mitteln zur systemischen Anwendung (J05) und bei den Analgetika (N02).

Im Vergleich zu 2010 streute 2011 der Verbrauchsanstieg stärker über die verschiedenen Erkrankungen. Zwei Drittel der positiven Ausgabenveränderungen, welche auf die Verbrauchskomponente entfielen, verteilten sich auf 19 Teil-Indikationsgruppen, denen

einzelne Erkrankungen zugeordnet werden können (**Tabelle 2.3**).

Die Betrachtung dieser Gruppen zeigt, dass die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren durch Behandlung einer Hypertonie (Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System) oder die Thrombozytenaggregationshemmung weiterhin von großer, allerdings sinkender Bedeutung ist. Auch für die Therapie säurebedingter Erkrankungen besteht immer noch steigender Bedarf. Hervorzuheben ist der Verbrauchsanstieg für immunologische Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis und der Multiplen Sklerose, auf die zusammen insgesamt über 200 Mio. Euro des verbrauchsbedingten Ausgabenanstiegs entfielen.

2.5.2 Therapeutischer Ansatz

Die Komponente „Therapeutischer Ansatz“ verändert ihre Größe, wenn zwischen Berichts- und Vorjahr innerhalb einer Indikationsgruppe der Anteil von Wirkstoffgruppen (häufig eine Gruppe von Analog-Wirkstoffen; in manchen Fällen kann eine Wirkstoffgruppe aktuell auch nur durch einen einzigen Wirkstoff definiert sein) zu- oder abnimmt, die mehr oder weniger kosten als der Durchschnitt aller Wirkstoffgruppen in dieser Indikationsgruppe. Zu einer Zunahme von Ausgaben kommt es beispielsweise dann, wenn der Wechsel zu einer innovativen Wirkstoffgruppe erfolgt, welche aufgrund des in der Regel bestehenden Patentschutzes meist einen höheren Preis pro Tagesdosis hat.

Der Wert der Komponente „Therapeutischer Ansatz“ wies im Vergleich zum Vorjahr einen leicht geringeren Wert auf. Insgesamt führte sie zu einer Ausgabensteigerung von 321,7 Mio. Euro. Verglichen mit den Vorjahren gab es deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Indikationsgruppen bezüglich der Ausprägung der Therapieansatzkomponente (**Abbildung 2.8**).

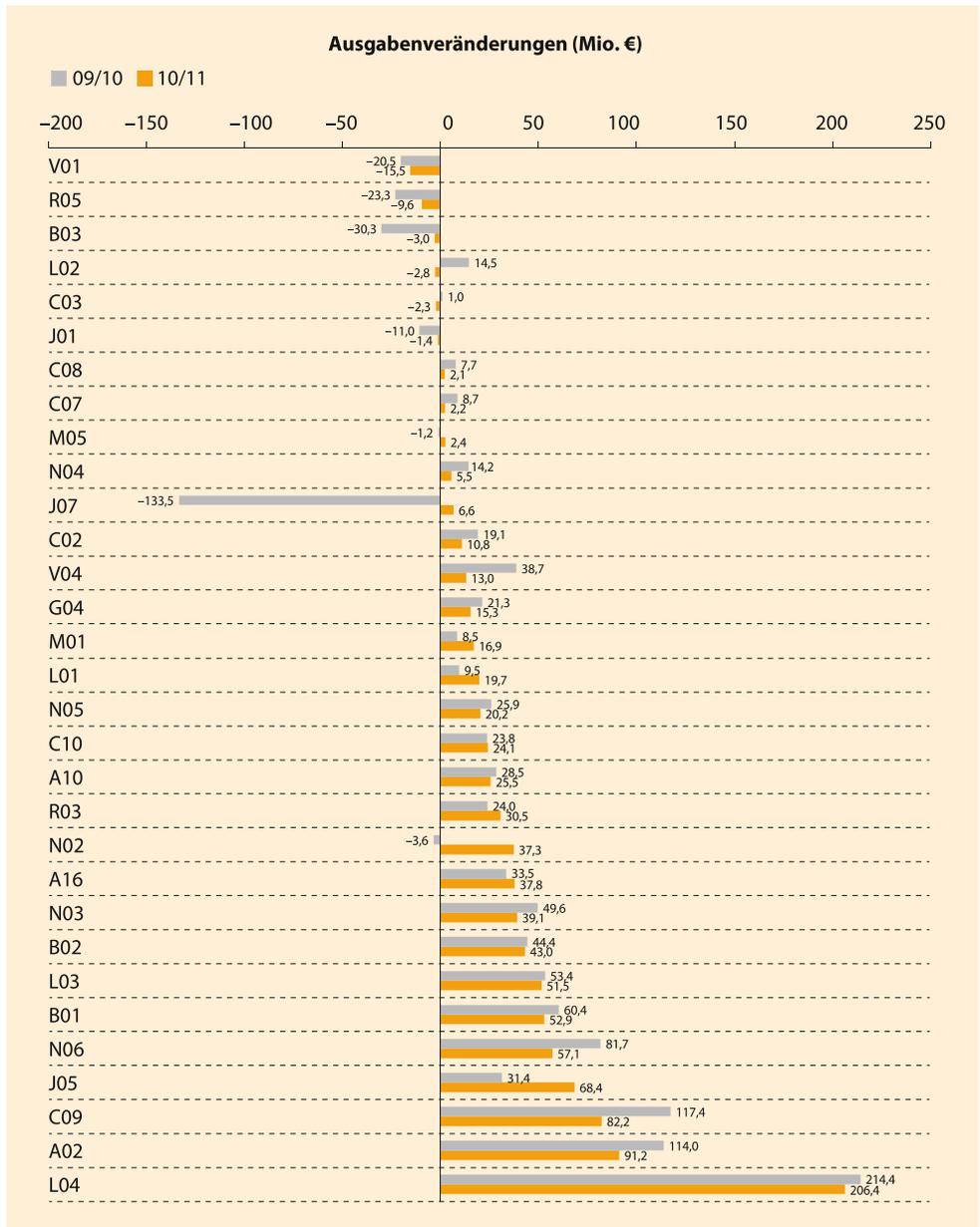


Abbildung 2.7: Ausgabenveränderungen durch die Komponente „Verbrauch“ in Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr in den Jahren 2010 und 2011 in den 31 betrachteten Indikationsgruppen.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Tabelle 2.3: Beitrag einzelner Erkrankungen zu Ausgabensteigerungen aus der Komponente „Verbrauch“, die im Jahr 2011 zusammen zwei Drittel der gesamten Ausgabensteigerungen der Komponente ausmachten.

Erkrankung, Teil-Indikationsgruppe	Wirkstoffe aus Indikationsgruppe	Ausgabensteigerung (Mio. Euro)	Ausgabensteigerung (%)
RA und andere Systemerkrankungen	L04	117,3	9,8
Säurebedingte Erkrankungen	A02	91,2	7,6
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	C09	82,2	6,9
Erhöhte Thrombozytenaggregationsneigung	B01	47,1	3,9
Antidepressiva	N06	44,8	3,7
Multiple Sklerose (Immunsuppressiva)	L04	44,3	3,7
Multiple Sklerose (Immunmodulatoren)	L03	42,2	3,5
Hämophilie	B02	35,4	3,0
Hepatitis C	J05	35,0	2,9
HIV	J05	34,7	2,9
Opioide, Analgetika, Antipyretika	N02	33,9	2,8
Asthma, COPD	R03	30,5	2,6
Neuropathische Schmerzen	N03	28,8	2,4
Neuroleptika, Antipsychotika	N05	26,0	2,2
Lipidsenker	C10	24,1	2,0
Verschiedene Krebserkrankungen	L01	23,8	2,0
Makuladegeneration	S01	23,3	1,9
Granulozytopenie	L03	22,5	1,9
Infektionsprophylaxe	J06	21,2	1,8
Summe		808,3	67,5
Alle positiven Ausgabenveränderungen aus Komponente „Verbrauch“		1.196,6	100,0

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Im Jahr 2011 trug wie schon im Vorjahr die Indikationsgruppe der Antidiabetika (A10) am stärksten zur Umsatzsteigerung durch diese Komponente bei (63,2 Mio. Euro). Mit deutlichem Abstand folgen die Indikationsgruppen der Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09), der

antithrombotischen Mittel (B01) sowie der Immunsuppressiva (L04), in denen Verschiebungen hin zu hochpreisigeren Therapieansätzen zu Ausgabensteigerungen von jeweils mindestens 25 Mio. Euro führten.

In der Gruppe der Antidiabetika (A10) waren hierfür vor allem die höheren Ver-

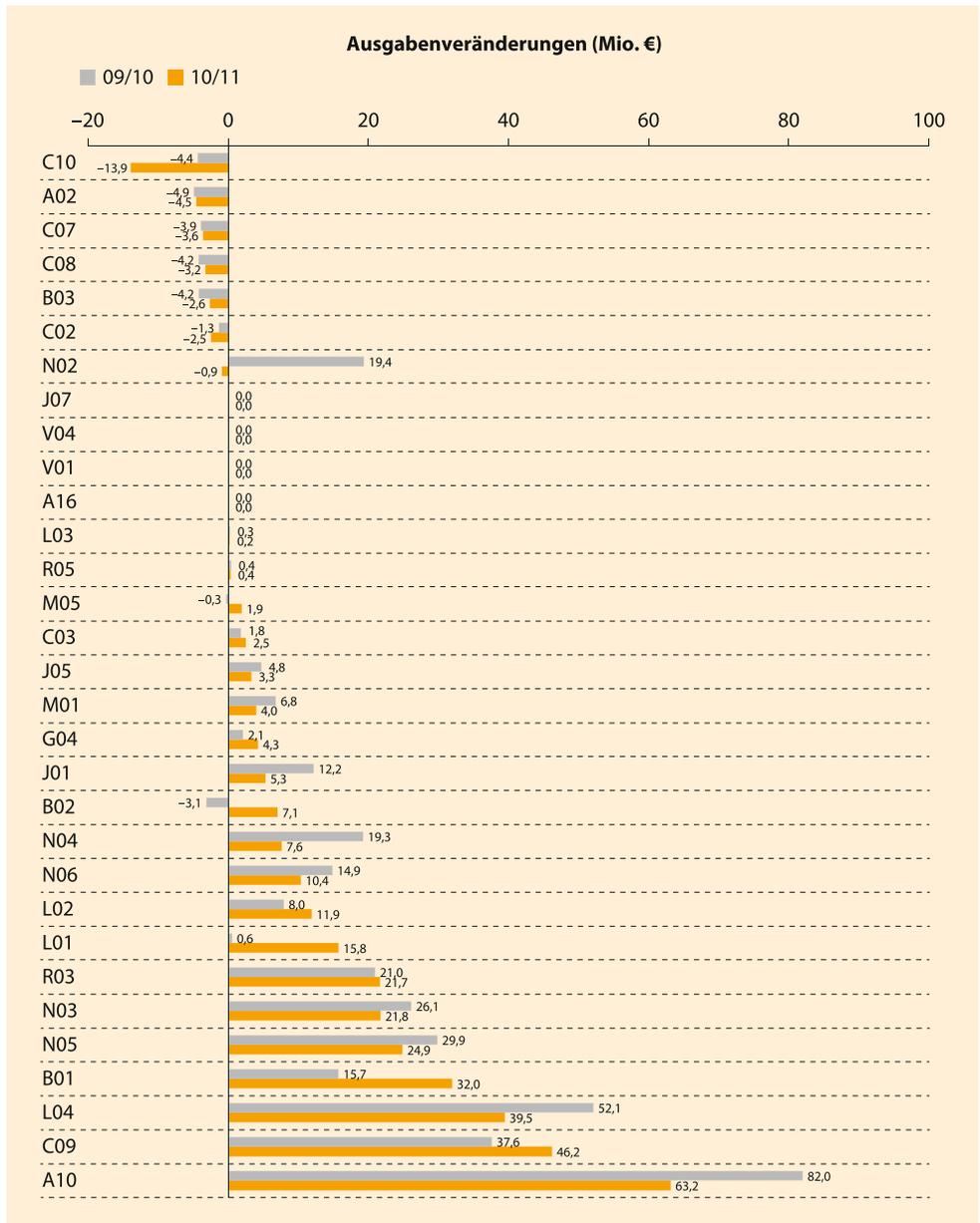


Abbildung 2.8: Ausgabenveränderungen durch die Komponente „Therapeutischer Ansatz“ in Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr in den Jahren 2010 und 2011 in den 31 betrachteten Indikationsgruppen.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

brauchsanteile von Fixkombinationen sowie den DPP-4-Hemmern (Gliptine) und GLP-1-Rezeptor-Agonisten für den Ausgabenanstieg verantwortlich. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) war die gewachsene Therapieansatzkomponente insbesondere auf den erhöhten Anteil von Renin-Inhibitoren, Fixkombinationen mit Calciumkanalblockern sowie AT-II-Antagonisten zurückzuführen. In der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva (L04) wirkte sich der erhöhte Anteil der TNF-alpha-Inhibitoren ausgabensteigernd aus.

Deutliche Einsparungen waren bei den lipidsenkenden Mitteln (C10) zu beobachten. In dieser Gruppe kam es 2011 zu Einsparungen in Höhe von 13,9 Mio. Euro. Dies stellte eine Steigerung zum Vorjahreswert von 4,4 Mio. Euro dar. Auch für die Indikationsgruppen der Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02), der Betablocker (C07), der Calciumkanalblocker (C08) sowie der Antianämika (B03) gab es – wie schon 2010 – einen deutlichen Ausgabenrückgang durch höhere Anteile preisgünstigerer Therapieansätze.

2.5.3 Analog-Wettbewerb

Die Komponente „Analog-Wettbewerb“ zeigt Ausgabenveränderungen an, die dadurch zustande kommen, dass sich innerhalb einer Indikationsgruppe der Anteil niedrigpreisiger Analog-Wirkstoffe gegenüber dem Anteil höherpreisiger verändert. Wenn der Anteil höherpreisiger Wirkstoffe steigt, wird die Komponente positiv. Sinkt dieser Anteil, wird der Wert der Komponente niedriger oder sogar negativ.

Der Wert der Analogkomponente war im Jahr 2011 mit 104,4 Mio. Euro niedriger als 2010 (125,8 Mio. Euro). Doch in einzelnen Indikationsgruppen kam es auch 2011 zu deutlichen Mehrausgaben für höherpreisige Analogwirkstoffe als im Vergleich zum Vorjahr. Hierbei sind insbesondere die Gruppen

der Analgetika (N02), Psycholeptika (N05), Mittel bei endokriner Therapie (L02) sowie Immunsuppressiva (L04) hervorzuheben. In jeder der Indikationsgruppen kam es 2011 zu Mehrausgaben von über 15 Mio. Euro durch die vermehrte Abgabe von teureren Analog-Wirkstoffen (**Abbildung 2.9**). Während für Analgetika (N02) der Ausgabenanstieg durch Analog-Wettbewerb 2011 deutlich geringer war als 2010, stiegen bei Psycholeptika (N05) und den Mitteln bei endokriner Therapie (L02) die entsprechenden Ausgaben im Jahr 2011 stärker als 2010. In der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva (L04) war 2011 ein Ausgabenanstieg von 15,4 Mio. Euro zu beobachten, während im Vorjahr ein Rückgang von 4,8 Mio. Euro vorlag.

In anderen Indikationsgebieten kam es 2011 zu deutlichen Einsparungen durch den Wechsel auf günstigere Wirkstoffe. Am deutlichsten ausgeprägt waren sie bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09), wo die Ausgaben um 33,6 Mio. zurückgingen und damit die Einsparungen fast doppelt so hoch waren wie im Vorjahr. Durch den höheren Verbrauchsanteil vor allem von Citalopram wurden für Psychoanaleptika (N06) 2011 –24,0 Mio. Euro weniger ausgegeben, während der Analog-Wettbewerb 2010 noch zu Mehrausgaben von 6,0 Mio. Euro geführt hatte. Bei den Mitteln gegen säurebedingte Erkrankungen (A02) sorgte der höhere Anteil von Pantoprazol 2010 noch für einen Ausgabenrückgang von 43,1 Mio. Euro, 2010 lagen die Einsparungen nur noch bei 15,7 Mio. Euro.

Zwei Drittel der Ausgabensteigerungen, die sich auf die Bevorzugung höherpreisiger, oft innovativer Analog-Wirkstoffe zurückführen ließen, waren insgesamt zwölf Symptomen bzw. Erkrankungen zuzuordnen (**Tabelle 2.4**). Dazu zählten insbesondere Schmerzen und neurologische und psychiatrische Erkrankungen. Aber auch Krebserkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen und HIV/ AIDS sind hier zu nennen.

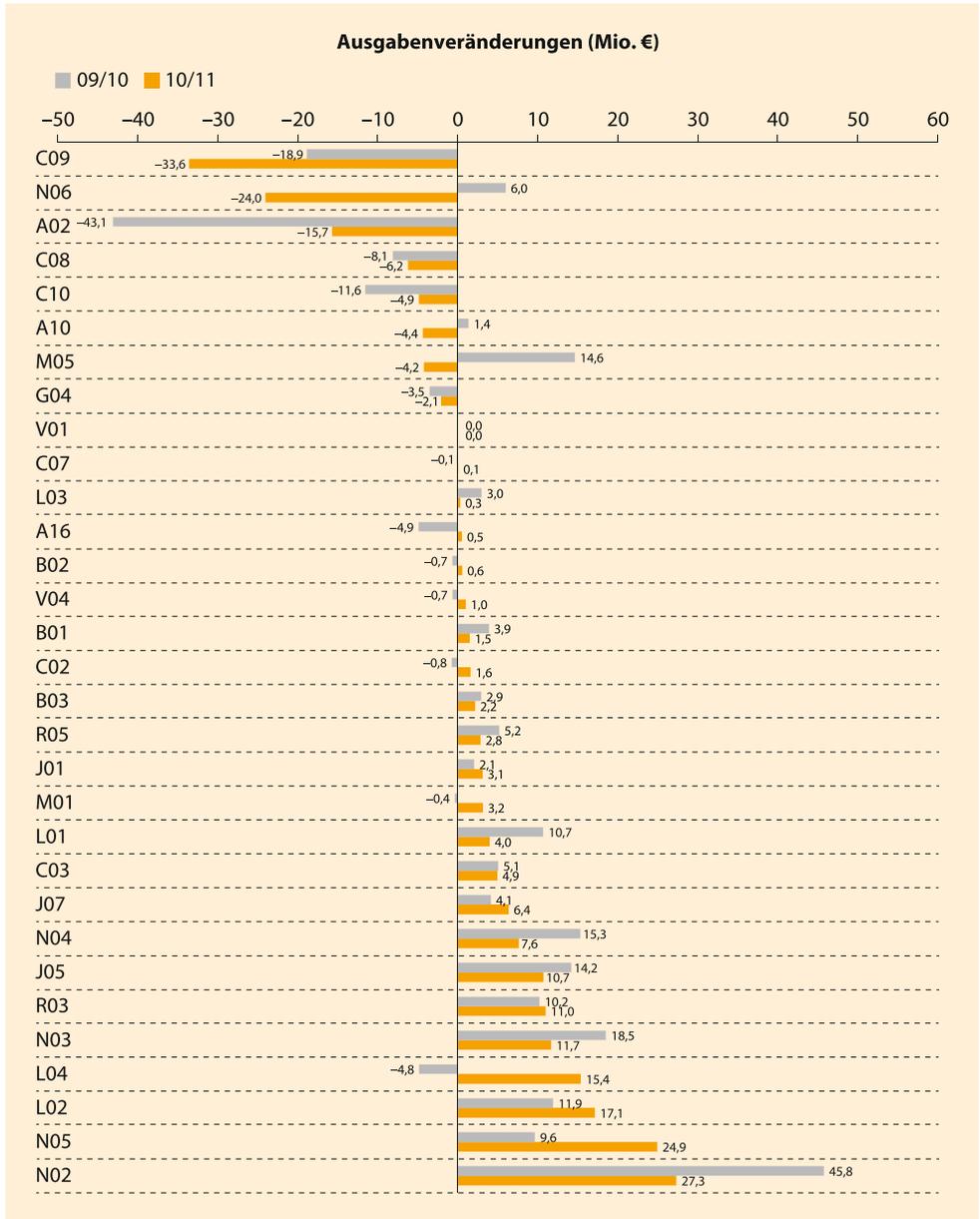


Abbildung 2.9: Ausgabenveränderungen durch die Komponente „Analog-Wettbewerb“ in Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr in den Jahren 2010 und 2011 in den 31 betrachteten Indikationsgruppen.

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Tabelle 2.4: Beitrag einzelner Erkrankungen zu Ausgabensteigerungen aus der Komponente „Analog-Wettbewerb“, die im Jahr 2011 zusammen zwei Drittel der gesamten Ausgabensteigerungen der Komponente ausmachten.

Erkrankung, Teil-Indikationsgruppe	Wirkstoffe aus Indikationsgruppe	Ausgabensteigerung in Mio. Euro	Ausgabensteigerung in %
Opioide, Analgetika, Antipyretika	N02	39,7	17,0
Neuroleptika, Antipsychotika	N05	24,9	10,7
Brustkrebs	L02	17,7	7,6
Asthma, COPD	R03	11,0	4,7
HIV/ AIDS	J05	10,9	4,7
Epilepsie	N03	9,1	3,9
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen	B05	8,9	3,8
Parkinson-Syndrom	N04	7,6	3,3
Herzinsuffizienz, Arrhythmien	C01	7,2	3,1
Multiples Myelom	L04	7,1	3,0
Influenza	J07	6,1	2,6
Rheumatoide Arthritis und andere Systemerkrankungen	L04	5,7	2,5
Summe		156,0	66,9
Alle positiven Umsatzveränderungen aus Komponente „Analog-Wettbewerb“		233,1	100,0

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

2.5.4 Darreichungsform

Verschiebungen in der Struktur der verordneten Darreichungsformen (z. B. werden bestimmte Wirkstoffe mehr in Tabletten- und weniger in Tropfenform verordnet) ergeben sich überwiegend aus medizinischen Erwägungen. Im Jahr 2011 führte diese Komponente zu Einsparungen in Höhe von –9,4 Mio. Euro. Dies stellt eine Umkehr der Entwicklung zum Vorjahr dar (+14,5 Mio. Euro). Somit erzielte man 2011 Einsparungen durch einen höheren Anteil von günstigeren Darreichungsformen. Verantwortlich dafür war insbesondere die negative Darreichungs-

formkomponente der Antidiabetika (A10), der Allergenextrakte (V01) sowie der Psycholeptika (N05). Zu Mehrausgaben durch einen erhöhten Verbrauchsanteil von teureren Darreichungsformen kam es insbesondere in den Indikationsgruppen der Antiparkinsonmittel (N04) sowie der Analgetika (N02).

2.5.5 Wirkstärke

Eine Verschiebung der Struktur der verordneten Wirkstärken kann Ausdruck von Sparbemühungen sein. Im Sinne der Reduzierung