



Fragen und Antworten
Einsparpotenzial Arzneimittel

(Stand: 23.7.2010)

Inhalt

1. Arzneimittel allgemein	5
Wie viele Arzneimittel sind in Deutschland zur Verordnung zugelassen?.....	5
Wie viele Arzneimittel sind in anderen Ländern zugelassen?	5
Was sind patentgeschützte Arzneimittel?.....	5
Wirken patentgeschützte Arzneimittel besser?.....	5
Was sind Analog-Arzneimittel?	6
Was sind Solisten und warum sind sie so teuer?.....	6
Was sind Spezialpräparate und warum sind sie so teuer?	6
Was sind Generika?.....	6
Was sind Importarzneimittel (Parallel- und Reimporte)?	7
Wie viele zuzahlungsbefreite Arzneimittel gibt es?.....	7
Was gibt es für Packungsgrößen?.....	7
2. Zulassung und Bewertung von Arzneimitteln in Deutschland.....	9
Was prüft die Zulassungsbehörde?.....	9
Wie werden die Arzneimittelpreise bei neuen, patentgeschützten Medikamenten festgelegt?.....	9
Was versteht man unter Kosten-Nutzen-Bewertung?	9
Wer macht in Deutschland die Kosten-Nutzen-Bewertung und wie läuft die Bewertung ab?.....	9
Sollen Arzneimittelpreise durch den Staat oder eine staatliche Behörde festgesetzt werden?.....	10
3. Ausgaben für Arzneimittel	11
Wie hoch sind die Gesamtausgaben für Arzneimittel und Impfstoffe in der gesetzlichen Krankenversicherung?	11
Wie hat sich die Zahl der Verordnungen entwickelt?.....	11
Was versteht man unter Kontrahierungszwang?	12
Sind gesetzliche Abschläge preismindernd?.....	12
Welchen Einfluss hat die Mehrwertsteuer auf die Arzneimittelkosten?	12
Wie hoch sind die Arzneikosten im internationalen Vergleich?	13
Warum sind die Arzneimittel in Deutschland meist so viel teurer als in anderen europäischen Ländern?	13
4. Verdienstmöglichkeiten bei Arzneimitteln	14
Wer sind die umsatzstärksten Hersteller in Deutschland im Fertigarzneimittelbereich?	14
Wer verdient wie viel an einem Arzneimittel?	14
Was darf der Großhandel verdienen?.....	14
Wie hoch sind die Rabatte an die Apotheken und weshalb werden überhaupt Rabatte gewährt?	15
Kann der Apotheker auch direkt mit dem Pharmahersteller verhandeln?	15
Was darf der Apotheker verdienen?.....	15

Warum verdient ein Apotheker an einer größeren Packung mehr als an einer kleineren Packung?.....	15
Wie viele Apotheken gibt es in Deutschland?.....	15
Was versteht man unter Apothekenabschlag und wie hoch ist dieser gesetzliche Abschlag?.....	16
Welche Probleme bringt der Apothekenabschlag mit sich?	16
Was bedeuten Festbeträge?	16
Wie werden die Festbeträge festgesetzt?.....	17
Was muss bei der Festsetzung der Festbeträge beachtet werden?.....	17
Was bedeutet das Wirtschaftlichkeitsgebot bei Festbeträgen?	17
Wie hoch ist der Umsatz von Festbetragsarzneimitteln?	18
Wie viel Geld wurde durch Festbeträge für die Versicherten eingespart?.....	18
Warum werden so viele teure Arzneimittel verschrieben?	18
Welchen Einfluss hatte die Strukturkomponente auf den Umsatz?.....	19
Was sind Rabattverträge?.....	19
Wie viele Rabattverträge gibt es?.....	19
Woher weiß der Apotheker von Rabattverträgen einzelner Krankenkassen?.....	20
Was bedeutet die Aut–idem–Regelung?.....	20
Was versteht man unter Zwangsrabatt?.....	20
Was muss der Patient zuzahlen und wie sehen die Zuzahlungsregelungen aus? ..	20
5. Einsparmöglichkeiten.....	22
Was kann ein Versicherter tun, um Arzneimittelkosten einzusparen?	22
Woher erfahren Versicherte von zuzahlungsfreien Arzneimitteln?	22
Was kann ein Arzt tun, um Arzneimittelkosten einzusparen?	22
Was versteht man unter einer Wirtschaftlichkeitsprüfung?	22
Was versteht man unter Richtgrößen und Richtgrößenprüfung?	22
Was versteht man unter Bonus–Malus–Regelung?	23
Was können die Krankenkassen tun, um Kosten zu sparen?.....	23
Kann man bei der Bestellung von Medikamenten über Versandapotheken Geld sparen?	23
Warum gibt es in Deutschland keine Positivliste wie in anderen Ländern?	24
6. Politik	25
Wie lauten die Einsparvorschläge von Bundesgesundheitsminister Rösler?	25
Wie bewertet der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Einsparvorschläge des Bundesgesundheitsministers Rösler?	26

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redaktion: Manuela–Andrea Pohl (Abteilung Kommunikation),
Birger Rostalski, Vivien Zugehör, Katharina Carstensen (Abteilung Ambulante
Versorgung), Ulrich Mohr (Abteilung Politik)

Grafik: Eike–Christian Müller (Abteilung Politik)

Layout: Britta Rauh–Weißefeld (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon: 0 30/2 69 31 – 0/ Telefax: 0 30/2 69 31 – 29 15

E–Mail: presse@vdek.com

1. Arzneimittel allgemein

Wie viele Arzneimittel sind in Deutschland zur Verordnung zugelassen?

In Deutschland sind laut dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zurzeit rund 58.000 Arzneimittel zugelassen. Grund hierfür ist, dass die Wirkstoffe in verschiedenen Stärken und Packungsgrößen angeboten werden.

In Deutschland muss man unterscheiden zwischen den nach Arzneimittelgesetz zugelassenen Arzneimitteln und den sogenannten registrierten Arzneimitteln, d. h. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wie beispielsweise den Homöopathika. Sowohl die homöopathischen als auch die phytotherapeutischen Arzneimittel spielen in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten eine untergeordnete Rolle, den Großteil der Kosten machen die verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus. Die 20 umsatzstärksten Präparate verursachen alleine über ein Fünftel der Gesamtkosten für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie viele Arzneimittel sind in anderen Ländern zugelassen?

Wahrscheinlich deutlich weniger als in Deutschland, da hier sich nicht nur eine große Anzahl von Homöopathika und Phytotherapeutika auf dem Markt befinden, sondern auch eine sehr große Palette von generischen Produkten (z. B. 629 verschiedene Arzneimittel mit dem Wirkstoff Simvastatin (Lipidsenker) inklusive aller Stärken und Packungsgrößen).

Was sind patentgeschützte Arzneimittel?

Für einen neu entwickelten Arzneistoff kann ein pharmazeutischer Hersteller in Deutschland 20 Jahre lang Patentschutz beantragen und den Arzneistoff exklusiv vermarkten. Über den Preis, den er für das Arzneimittel mit dem patentgeschützten Arzneistoff auf dem freien Markt und auch von den gesetzlichen Krankenkassen verlangen kann, deckt er u. a. seine Forschungs- und Entwicklungskosten. Ist der Patentschutz abgelaufen, darf dieser Wirkstoff auch von anderen Herstellern preisgünstig angeboten werden, da Forschungs- und Entwicklungskosten eingespart werden können. Durch diesen Wettbewerb sinken die Preise.

Auch Arzneimittel, die Molekülvarianten bereits bekannter Wirkstoffe enthalten und pharmakologisch gleiche oder ähnliche Wirkungen besitzen wie das Originalpräparat, können patentiert werden. Solche Arzneimittel bezeichnet man als „Analogpräparate“, sofern sie keinen therapeutischen Vorteil (wie z. B. weniger Nebenwirkungen) bieten.

Wirken patentgeschützte Arzneimittel besser?

Nein. Der Patentschutz alleine ist noch kein Beweis, dass ein neues Arzneimittel besser wirkt als bereits im Markt befindliche Produkte. Häufig liegen für solche Präparate sogar weniger Erfahrungen vor, sodass beispielsweise Nebenwirkungen, die erst in der langfristigen Anwendung identifiziert werden können, noch gar nicht

bekannt sind. Grundsätzlich besteht für neue Arzneimittel auch Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Was sind Analog-Arzneimittel?

Analog-Arzneimittel, auch Nachahmer- beziehungsweise Metoo-Arzneimittel genannt, sind Medikamente mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen. Ein Analogpräparat unterscheidet sich chemisch von einem bereits bekannten Wirkstoff lediglich durch eine geringe Molekülvariation. Experten sprechen dann von Schein-Innovationen, auch wenn die Präparate dem Patentschutz unterliegen.

Was sind Solisten und warum sind sie so teuer?

Als Solisten bezeichnet man Arzneimittel, für die es keine therapeutische Alternative gibt (z. B. zur Behandlung von seltenen Enzymmangelkrankheiten, Fabrazyme). Zurzeit hat der pharmazeutische Hersteller das Recht, die Preise für seine Produkte selbst zu bestimmen. Diese Monopolstellung erlaubt dem Hersteller, zum Teil astronomische Preise für solche Präparate zu verlangen.

Was sind Spezialpräparate und warum sind sie so teuer?

Spezialpräparate sind Arzneimittel, die in der Regel für spezielle Therapieverfahren eingesetzt werden, z. B. in der Transplantationsmedizin. Primär handelt es sich also um Arzneimittel, die im Krankenhaus eingesetzt werden und nunmehr auch in der ambulanten Praxis zum Einsatz kommen. Deshalb sind diese ähnlich teuer wie Solisten.

Was sind Generika?

Generika sind sogenannte Nachahmerprodukte. Läuft ein Patent für einen Arzneistoff nach 20 Jahren aus, so können auch andere Pharmahersteller wirkstoffgleiche Medikamente unter ihrem Label auf den Markt bringen. Dadurch wird ein Wettbewerb in Gang gesetzt und die Preise reduzieren sich deutlich. Generika sind in der Regel preiswerter als die Originalpräparate, weil der Hersteller keine eigene Forschung betreiben musste. Vielmehr kann er von der sogenannten Bezug nehmenden Zulassung Gebrauch machen. Auch Generika werden vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien geprüft, die pharmazeutischen Hersteller müssen dabei die sogenannte Bioäquivalenz zum Originalarzneimittel nachweisen. Generika sind in ihrer Wirkstoffzusammensetzung und Wirkung vergleichbar mit dem Originalpräparat. Sie haben – auch wenn sie kostengünstiger angeboten werden – keine Nachteile gegenüber dem Originalpräparat. Der Einsatz von Generika hat sich in Deutschland bewährt, die Verordnungsquoten liegen bei ca. 85 Prozent.

Was sind Importarzneimittel (Parallel- und Reimporte)?

Bei Importarzneimitteln werden Parallel- und Reimporte unterschieden. Parallelimporte sind Arzneimittel, die im Ausland von Pharma-Unternehmen, die mit deutschen Herstellern verbunden sind, hergestellt, zugelassen und dort vermarktet, von Importeuren aufgekauft und in der Bundesrepublik außerhalb der Vertriebswege des Herstellers auf den Markt gebracht werden. Re-Importe sind Arzneimittel, die in einem EU-Mitgliedsstaat hergestellt, zugelassen, in einen anderen Mitgliedsstaat verbracht und dann in den Ursprungsstaat zurückexportiert werden. Ihre wirtschaftliche Ursache haben Importarzneimittel in den Preisgefällen und unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen zwischen den einzelnen EU-Staaten. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) wurden die Apotheker verpflichtet, Importarzneimittel abzugeben, wenn deren für die Versicherten maßgeblicher Abgabepreis mindestens 15 Prozent oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugarzneimittels.

Wie viele zuzahlungsbefreite Arzneimittel gibt es?

Derzeit sind 12.887 Medikamente von der Zuzahlung befreit (Stand:15.3.2010). Grundlage hierfür bildet der § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V, wonach der GKV-Spitzenverband Arzneimittel, deren Preis 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt, von der Zuzahlung freistellen kann. Seit der Einführung von zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln Mitte 2006 hat sich deren Anzahl mehr als verfünffacht. Insgesamt konnte bis einschließlich Juli 2009 ein Einsparvolumen von 680 Millionen Euro erzielt werden. Darüber hinaus gibt es noch eine unübersichtliche Zahl von Zuzahlungsbefreiungen auf vertraglicher Grundlage für Versicherte einzelner Kassen, die Rabattverträge mit entsprechenden Inhalten geschlossen haben.

Was gibt es für Packungsgrößen?

In Deutschland werden Medikamente in drei Packungsgrößen in den Apotheken abgegeben, die sich wie folgt aufteilen (das N steht für Normgröße):

N1 – kleine Packung

N2 – mittlere Packung

N3 – große Packung

Die Angabe einer Normgrößenbezeichnung ist nicht eindeutig einer bestimmten Packungsgröße zugeordnet. So sind etwa die meisten Insuline in Packungen zu fünf Patronen oder zu zehn Patronen (beide N2) erhältlich; die Packungsgrößen N1 und N3 existieren hier nicht. Während bei bestimmten Migränemitteln die kleinste N1 zwei und die N3 maximal 18 Tabletten enthält, gibt es AIDS-Medikamente mit 540 Tabletten in einer N3; die N1 enthält hier bereits 180 Tabletten.

Die Normgrößen differieren je nach Art des Arzneimittels und stecken eine Bandbreite für Arzneimittelmengen fest, die – in der Regel – für eine kurzzeitige, für

eine mittellange oder aber langfristige Behandlungsdauer (etwa bei chronischen Erkrankungen) unter Wahrung der Wirtschaftlichkeit verordnet werden sollten. Arzneimittel, die nicht mit einer der Packungsgrößenbezeichnungen N1, N2 oder N3 gekennzeichnet sind, werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Arzneimittel, die grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind, dürfen nicht mit einer Normgröße gekennzeichnet sein. Rechtsgrundlage der Normierung ist die Packungsgrößenverordnung (PackungsV).

2. Zulassung und Bewertung von Arzneimitteln in Deutschland

Was prüft die Zulassungsbehörde?

Die Zulassung wird von der nationalen oder europäischen Zulassungsbehörde nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes ausgesprochen. Dabei muss der Antragsteller die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels durch Studien belegen. Der Zweck des Gesetzes ist die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln. Demnach werden durch die Zulassung keine Aussagen zu den Kosten und zum Nutzen des neuen Medikamentes gemacht. Wenn ein Medikament auf dem Markt ist, darf es auch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Allerdings gelten nur ein Drittel der neuen Wirkstoffe als wirklich innovativ.

Wie werden die Arzneimittelpreise bei neuen, patentgeschützten Medikamenten festgelegt?

Hat der Pharmahersteller eine Zulassung für sein neues Medikament erhalten, kann er in Deutschland für sein Medikament einen beliebigen Preis festsetzen. Dies ist nur in Deutschland so. In anderen Ländern innerhalb der Europäischen Union bestimmt der Staat mit, wie die Preise gestaltet werden. In der Zeit, in der der Patentschutz läuft, ist der Wettbewerb außer Kraft gesetzt. Es dürfen dann keine Generika (wirkstoffgleiche Medikamente) auf den Markt gebracht und keine Festbeträge für die Medikamente festgesetzt werden.

Was versteht man unter Kosten–Nutzen–Bewertung?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G–BA) ist berechtigt, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit zu beauftragen, eine Kosten–Nutzen–Bewertung von Arzneimitteln durchzuführen. Bei der Bewertung spielen patientenrelevante Kriterien wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes, die Verkürzung der Krankheitsdauer, die Verlängerung der Lebensdauer, die Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität eine Rolle. Demgegenüber gestellt werden die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft. Das Ergebnis soll zu einem Höchstbetrag, den der GKV–Spitzenverband festsetzt, führen. Bisher ist in Deutschland noch kein solches Verfahren zum Abschluss gekommen.

Wer macht in Deutschland die Kosten–Nutzen–Bewertung und wie läuft die Bewertung ab?

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) führt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G–BA) diese Bewertung durch. Dabei erfolgt die Bewertung in einem zweistufigen Verfahren:
In der ersten Stufe wird der Zusatznutzen des neuen Medikamentes auf Basis wissenschaftlicher Literatur, vorhandener medikamentöser und nicht

medikamentöser Alternativen, internationaler Standards und evidenzbasierter Arzneimittelstudien geprüft. Ist eine vergleichbare Standardtherapie verfügbar, wird das neue Arzneimittel hinsichtlich seines Nutzens mit dem Standard verglichen und festgestellt, ob ein Mehrnutzen besteht. Die zweite Stufe der Bewertung erfolgt, wenn die Nutzenbewertung für das Arzneimittel einen Zusatznutzen ausgewiesen hat und der G-BA einen entsprechenden Auftrag erteilt. Das IQWiG hat hierzu eine eigene Methodik entwickelt (Effizienzgrenzen-Analyse). Diese unterscheidet sich von der im europäischen Ausland vorherrschenden Methodik, die den Mehrnutzen eines Arzneimittels anhand von QALYs (quality adjusted life year) misst. Diese eigene Prüfungsmethodik hatte in der Vergangenheit einen mehr als zwei Jahre andauernden „Methodenstreit“ ausgelöst. Somit konnten die ersten Aufträge zur Kosten-Nutzen-Bewertung erst im Dezember 2009 vom G-BA erteilt werden.

Sollen Arzneimittelpreise durch den Staat oder eine staatliche Behörde festgesetzt werden?

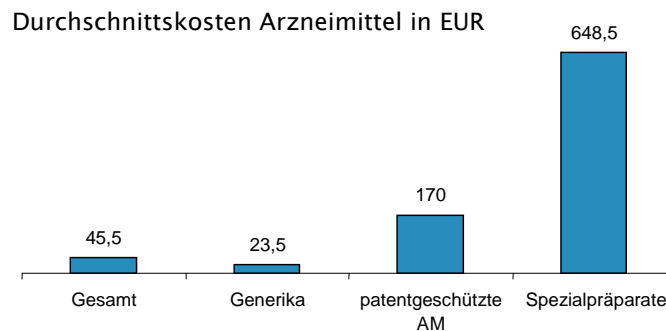
Wenn die Preisfestsetzung schnell und rechtssicher erfolgen soll, dann geht dies nur über staatliche Institutionen. Grundsätzlich würde aber eine staatliche Festsetzung der Preise geltendem EU-Recht auch nicht widersprechen.

3. Ausgaben für Arzneimittel

Wie hoch sind die Gesamtausgaben für Arzneimittel und Impfstoffe in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Im Jahre 2009 hat die gesetzliche Krankenversicherung rund 32 Milliarden Euro für die Versorgung der Versicherten mit Arzneimittel ausgegeben. Die Ausgaben sind damit im Vergleich zum Jahre 2008 um 5,2 Prozent gestiegen. Hauptgründe für diese Entwicklung waren die gestiegene Anzahl der Verordnungen und die gestiegenen Arzneimittelpreise je Verordnung.

Übersicht: Durchschnittskosten von Arzneimitteln (Stand 2008)

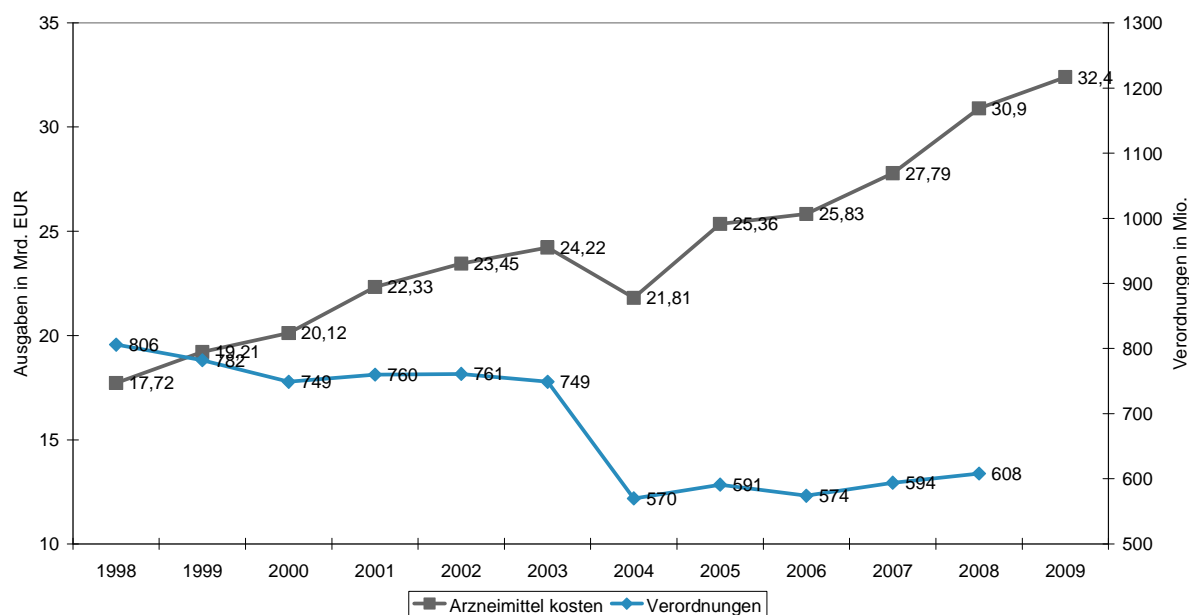


Quelle: vdek, eigene Darstellung

Der Umsatzanteil im Patentmarkt betrug 2008 etwa 37 Prozent.

Wie hat sich die Zahl der Verordnungen entwickelt?

Im Jahr 2006 lag die Zahl der Verordnungen durch niedergelassene Ärzte bei 574 Millionen, 2007 waren es 594 Millionen, im Jahr 2008 bereits 608 Millionen. Im Durchschnitt kostete ein Medikament ca. 45,50 Euro, im Jahre 1998 waren es noch 23 Euro im Durchschnitt.



Quelle: vdek, eigene Darstellung

Was versteht man unter Kontrahierungszwang?

Kontrahierungszwang bezeichnet ganz allgemein die gesetzlich auferlegte Pflicht, ein Vertragsangebot anzunehmen. Bezogen auf die Arzneimittel bedeutet Kontrahierungszwang, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, für ihre Mitglieder unabhängig vom Preis die Kosten nahezu aller verschreibungspflichtiger Arzneimittel übernehmen zu müssen, wenn sie denn vom Vertragsarzt auf Kassenrezept verordnet werden.

Sind gesetzliche Abschläge preismindernd?

Gesetzliche Abschläge wirken sich grundsätzlich preismindernd aus, sind aber nicht zwingend kostensenkend, da die Hersteller aufgrund seiner freien Preisbildung vor allem im nicht festbetragsregulierten Markt solche Abschläge schon im Vorfeld auf seinen Verkaufspreis aufschlagen kann.

Welchen Einfluss hat die Mehrwertsteuer auf die Arzneimittelkosten?

Der Staat verdient bei den Arzneimitteln kräftig mit. Arzneimittel werden in Deutschland mit dem vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent besteuert. Das ist völlig unverständlich, da es sich bei Arzneimitteln um ein gesundheitliches Gut handelt, das der Staat zumindest mit dem reduzierten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent besteuern könnte. Zudem ist nicht nachvollziehbar, dass Hotelübernachtungen, Hundefutter, Taxifahrten und Schnittblumen anders besteuert werden als Arzneimittel. Deutschland ist neben Dänemark und Bulgarien das einzige Land in der Europäischen Union, das noch den vollen Steuersatz auf Arzneimittel erhebt. Würde man den reduzierten Mehrwertsteuersatz berücksichtigen, könnten

etwa 3,2 Milliarden Euro pro Jahr in der gesetzlichen Krankenversicherung eingespart werden.

Wie hoch sind die Arzneikosten im internationalen Vergleich?

Die Angaben zu Unterschieden im Preisniveau schwanken, zum Teil spricht man von bis zu 40 Prozent geringeren Preisen im europäischen Ausland.

Warum sind die Arzneimittel in Deutschland meist so viel teurer als in anderen europäischen Ländern?

Zum einen kann der Pharmahersteller den Preis für sein Präparat selbst bestimmen, zum anderen wird in Deutschland der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittelpreise berechnet. Außerdem gilt der Arzneimittelmarkt in Deutschland als sogenannter Referenzmarkt für Europa, das heißt, die in Deutschland gesetzten Preise dienen anderen Ländern als maximale Obergrenze für die Preisverhandlungen.

4. Verdienstmöglichkeiten bei Arzneimitteln

Wer sind die umsatzstärksten Hersteller in Deutschland im Fertigarzneimittelbereich?

Ein Fertigarzneimittel ist ein Arzneimittel, das im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht wird.

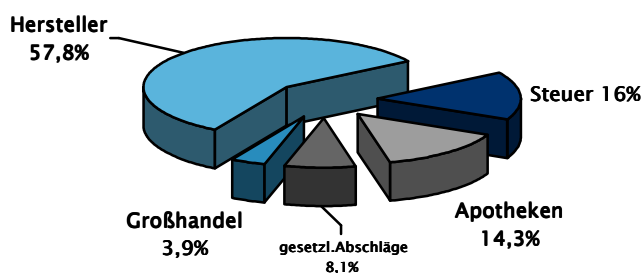
Die umsatzstärksten Hersteller für Fertigarzneimittel sind:

- Hexal (Umsatz 2008: fast 1,9 Milliarden Euro)
- Ratiopharm (Umsatz 2008: fast 1,4 Milliarden Euro)
- Sanofi-Aventis (Umsatz 2008: fast 1,3 Milliarden Euro)
- Novartis Pharma (Umsatz 2008: fast 1,2 Milliarden Euro)

Wer verdient wie viel an einem Arzneimittel?

Wenn ein Arzneimittel das Fabrikgelände verlässt, kostet es etwa halb so viel wie auf dem Apothekentisch. D. h. viele Menschen und auch der Staat verdienen an dem Produkt.

Verteilung des Fertigarzneimittelumsatzes



Quelle: vdek, eigene Darstellung

Was darf der Großhandel verdienen?

Der Verdienst für den Großhandel ist in der Arzneimittelpreisverordnung gesetzlich geregelt. Zurzeit liegt die durchschnittliche Umsatzmarge der pharmazeutischen Großhändler bei rund sechs bis sieben Prozent, abhängig vom jeweiligen individuellen Produktmix.

Wie hoch sind die Rabatte an die Apotheken und weshalb werden überhaupt Rabatte gewährt?

Apotheken erhalten von den Großhändlern zwischen zwei bis drei Prozent Rabatt (sogenannte Rationalisierungsrabatte). Diese Rabatte dienen primär der Kundenbindung und -gewinnung und schwanken in der Höhe nach Abhängigkeit des mit der jeweiligen Apotheke abgewickelten Umsatzvolumens bzw. den Bestellmodalitäten und der Lieferhäufigkeit.

Kann der Apotheker auch direkt mit dem Pharmahersteller verhandeln?

Ein Direktbezug vom Hersteller ist grundsätzlich möglich. Sollte die Apotheke dabei einen Rabatt erhalten, der höher ist als die zulässige Großhandelsspanne, so muss die Apotheke diesen Mehrerlös an die Endkunden weitergeben.

Was darf der Apotheker verdienen?

Der Verdienst für Apotheker an einem Medikament ist in der Arzneimittelpreisverordnung gesetzlich geregelt. Danach erhält die Apotheke auf den zugrunde gelegten Einkaufspreis beim Großhandel einen Aufschlag von drei Prozent sowie ein Fixum von 8,10 Euro für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel können im Gegenzug vom Apotheker frei kalkuliert und ausgepreist werden. Bei der Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung gilt jedoch ein degressiv gestaffelter prozentualer Aufschlag gemäß alter Arzneimittelpreisverordnung. Aufgrund dieser Regelung kann es passieren, dass ein Privatkunde für das gleiche nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel weniger bezahlt als die Krankenkasse, wenn diese das Medikament in Rechnung gestellt bekommt.

Warum verdient ein Apotheker an einer größeren Packung mehr als an einer kleineren Packung?

Da größere Arzneimittelmengen in einer Packung einen in der Regel höheren Packungspreis zur Folge haben, erhalten Apotheken dafür aufgrund des dreiprozentigen Aufschlages auf den Einkaufspreis einen im Vergleich höheren absoluten Erlös als für Packungen mit geringerem Inhalt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die eingekaufte Ware zeitnahe umgeschlagen wird und keine Lagerkosten entstehen. Zudem erhält der Apotheker das für alle Packungen geltende Fixum von 8,10 Euro.

Wie viele Apotheken gibt es in Deutschland?

In Deutschland gab es 2008 insgesamt 21.602 öffentliche Apotheken. Dies entspricht einer Apothekendichte von rund 3.800 Einwohnern je Apotheke. Dabei gibt es ein deutliches Ost-West-Gefälle, d. h. die Apothekendichte in den neuen Bundesländern ist deutlich geringer als in den alten.

Europaweit schwankt die Apothekendichte deutlich, so kommen in Dänemark auf eine Apotheke 16.800 Einwohnern, in Griechenland sind es dagegen nur 1.200 Einwohner. Unsere Nachbarländer Niederlande (9.400 Einwohner/pro Apotheke) und Österreich (6.900 Einwohner/pro Apotheke) kommen mit deutlich weniger Apotheken aus, ohne dass es dort zu Beschwerden hinsichtlich einer mangelhaften Versorgung gekommen war.

Was versteht man unter Apothekenabschlag und wie hoch ist dieser gesetzliche Abschlag?

Gemäß § 130 SGB V erhalten die Krankenkassen bei Abrechnungen mit Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von derzeit 2,30 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von fünf Prozent. Diesen Rabatt erhalten die Krankenkassen nur, wenn sie die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen begleichen.

Der Abschlag, den die Apotheken den Krankenkassen gewähren müssen, wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) festgesetzt. Die Schiedsstelle nach § 129 SGB V hat am 21.12.2009 entschieden, den Apothekenabschlag für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel auf 1,75 Euro abzusenken. Dagegen haben die Krankenkassen Klage eingereicht. Dieses Verfahren ist noch anhängig, sodass derzeit nach wie vor der Apothekenabschlag von 2,30 Euro gilt.

Welche Probleme bringt der Apothekenabschlag mit sich?

Seit 2006 sind die Vertragspartner GKV-Spitzenverband und Deutscher Apotheker Verband (DAV) (wieder) verpflichtet, die Höhe des ursprünglich jährlich festgelegten Apothekenabschlages nach sehr unbestimmten Vorgaben jährlich anzupassen. Das Problem hier ist, dass die zu berücksichtigenden Anpassungskriterien jedoch dazu beitragen, dass der Apothekenabschlag spätestens auf mittlere Sicht komplett wegfallen würde. Sollte der Apothekenabschlag gänzlich wegfallen, würde dies – auf Basis der aktuellen Verordnungsdaten – eine jährliche Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 1,3 Milliarden Euro bedeuten.

Was bedeuten Festbeträge?

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt sind eine Vielzahl von Präparaten in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil identischer Zusammensetzung zu sehr unterschiedlichen Preisen verfügbar. Damit die Kassen (und damit die Versicherten) nicht ein teures Arzneimittel bezahlen, wenn preisgünstigere und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen, gibt es Festbeträge für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel (vor allem bei Generika). Festbeträge sind Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen durch die gesetzlichen Krankenkassen, jedoch keine staatlich festgesetzten Preise.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt Kosten für verordnete Arzneimittel grundsätzlich nur bis zu dem Festbetrag. Ist ein Arzneimittel teurer als der Festbetrag, haben die Versicherten die Wahl. Sie können entweder die Mehrkosten aus eigener Tasche zahlen, oder sie bekommen ein anderes Arzneimittel ohne Aufzahlung, das therapeutisch gleichwertig ist. Meist wollen die Versicherten Arzneimittel ohne Aufzahlung. Die Pharmaunternehmen wissen das. Sie gleichen deshalb in den meisten Fällen die Preise ihrer Arzneimittel dem Festbetrag an. Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt sind eine Vielzahl von Präparaten in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil identischer Zusammensetzung zu sehr unterschiedlichen Preisen verfügbar.

Wie werden die Festbeträge festgesetzt?

Die Regelung zu den Arzneimittelfestbeträgen gilt bereits seit 1989. Die Festbeträge werden in einem zweistufigen Verfahren festgesetzt. Zunächst werden Arzneimittel in Festbetragsgruppen zusammengefasst. Dann wird die Höhe der Festbeträge für die Arzneimittel der Gruppe bestimmt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann eine Festbetragsgruppe nur für Arzneimittel bilden, die miteinander vergleichbar sind. Der G-BA hat die Beschlüsse über die Festbetragsgruppen dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das rechtswidrige oder rechtsfehlerhafte Beschlüsse innerhalb von vier Wochen beanstanden kann. Die Festbetragsgruppen werden im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Was muss bei der Festsetzung der Festbeträge beachtet werden?

Nach dem Gesetz können für vergleichbare Arzneimittel Festbetragsgruppen gebildet werden mit:

- identischen Wirkstoffen (Stufe 1)
- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2)
- mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (Stufe 3).

Hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Festbetragsgruppen beschlossen, kann der GKV-Spitzenverband für die Arzneimittel in der Gruppe die Höhe der Festbeträge festlegen. Diese soll in der Regel im unteren Drittel der Arzneimittelpreise in der Festbetragsgruppe liegen. Der Festbetrag muss so fixiert werden, dass jeweils mindestens ein Fünftel der Verordnungen und Packungen zum Zeitpunkt der Festsetzung der Festbeträge zur Verfügung steht. So wird sichergestellt, dass zum Festbetrag eine ausreichende Auswahl von vergleichbaren Arzneimitteln verfügbar ist. Die Festbeträge werden regelmäßig an die veränderte Marktlage angepasst.

Was bedeutet das Wirtschaftlichkeitsgebot bei Festbeträgen?

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bedeutet, dass die Beitragszahler nicht für teure Arzneimittel belastet werden dürfen, solange preisgünstigere und qualitativ

gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Die Arzneimittel-Festbeträge begrenzen deshalb die Leistungspflicht der Krankenkassen. Damit wird erreicht, dass die Krankenkassen nicht mit zu hohen Arzneimittelpreisen belastet werden. Sie stärken auch das Interesse von Ärzten und Patienten an preisgünstigen Arzneimitteln; gleichzeitig wird der Preiswettbewerb unter den Arzneimittelherstellern intensiviert.

Wie hoch ist der Umsatz von Festbetragsarzneimitteln?

Rund 45 Prozent des Arzneimittel-Umsatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit Festbetragsarzneimitteln erzielt (Stand: 1.7.2008). Ihr Anteil an den Verordnungen beträgt sogar rund 75 Prozent. Dies bedeutet, dass der überwiegende Teil der medizinischen Versorgung mit Festbetragsarzneimitteln erfolgt.

Wie viel Geld wurde durch Festbeträge für die Versicherten eingespart?

Seit Einführung der Festbeträge 1989 wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung kumuliert 36,5 Milliarden Euro eingespart. Allein 2009 waren es 4,3 Milliarden Euro. Damit ist die Festbetragssystematik das erfolgreichste Kostendämpfungsinstrument im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und wurde mittlerweile von vielen anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union für das eigene soziale Sicherungssystem übernommen. Möchte ein Arzt dem Patienten ein Arzneimittel verordnen, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, muss er ihn über die Mehrkosten informieren. Mehrkosten sind keine Zuzahlungen und müssen auch von Versicherten bezahlt werden, die von der Zuzahlung befreit sind.

Warum werden so viele teure Arzneimittel verschrieben?

Hauptproblem ist, dass die Ärzte vermehrt neue und teure Arzneimittel verschreiben. Dies hängt mit den immensen Marketingaktivitäten der Pharmahersteller zusammen, mit denen es immer wieder gelingt, Ärzten glaubhaft zu machen, dass die teuren Medikamente besser oder wirksamer seien als schon länger auf dem Markt befindliche, meist preiswertere Arzneimittel. Insgesamt ist davon auszugehen, dass maximal ein Drittel der jährlich neu in den Markt kommenden Wirkstoffe als innovativ angesehen werden können, aber dennoch hinsichtlich des mit ihnen erzielbaren relevanten therapeutischen Nutzens für den einzelnen Patienten nicht zwingend besser sein müssen als bereits vorhandene etablierte Therapien. Darüber hinaus werden vermehrt Spezialpräparate für seltene Erkrankungen entwickelt und verordnet, die aufgrund des bestehenden Patentschutzes in Zusammenhang mit Alleinstellungsmerkmalen sehr teuer auf den Markt gebracht werden. Erst nach Ablauf des Patentschutzes können sich durch nachstoßenden Wettbewerb weiterer Anbieter die Preise reduzieren.

Welchen Einfluss hatte die Strukturkomponente auf den Umsatz?

Die Höhe der Arzneimittelausgaben wird nicht nur vom Preis und der Menge der verschriebenen Arzneimittel bestimmt. Auch wenn die Preise der Arzneimittel und die Anzahl der insgesamt verschriebenen Packungen konstant bleiben, können die Arzneimittelausgaben steigen, wenn sich die Marktzusammensetzung verändert, das heißt vermehrt hochpreisige Arzneimittel verschrieben werden.

Diese sogenannte Strukturkomponente bewirkte 2008 einen Umsatzanstieg von fast 1,2 Milliarden Euro. Allein die Verschiebungen zwischen verschiedenen Stärken, Packungsgrößen und Darreichungsformen des gleichen Medikaments (sogenannter Intermedikamenteneffekt), führten 2008 zu einem Mehrumsatz von 2,9 Prozent oder 755 Millionen Euro. Der größte Anteil entfiel dabei auf die Verordnung anderer Stärken/Darreichungsformen, womit zwei Prozent oder 504 Millionen Euro Mehrumsatz erzielt werden konnten. Durch den Anstieg der Verordnungen größerer Packungen konnte ein Mehrumsatz von 0,9 Prozent oder 51 Millionen Euro erzielt werden. Die Verschiebungen zwischen verschiedenen Medikamenten hin zu teureren Medikamenten bewirkten in 2008 einen Mehrumsatz von 400 Millionen Euro oder rund 1,5 Prozent.

Was sind Rabattverträge?

Arzneimittel-Rabattverträge werden auf freiwilliger Basis zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern geschlossen. In diesen Verträgen sichert der pharmazeutische Hersteller zu, dass für jede abgegebene Arzneimittelpackung aus seiner Produktion, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen wurde, ein Preisnachlass erfolgt, der direkt zwischen Krankenkasse und Hersteller abgewickelt wird. Die Höhe des Preisnachlasses ist dabei streng gehütetes Geheimnis der Vertragspartner und ist selbst der beliefernden Apotheke nicht bekannt. Diese kauft die Ware zu den ihr bekannten üblichen Konditionen ein und rechnet diese mit dem sich aus der Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung ergebenden bundesweit einheitlichen Abrechnungspreis mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Grundlage für Rabattverträge bildet das Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG), das 2003 in Kraft trat. Sowie das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), das Krankenkassen 2007 weitere Handlungsspielräume einräumte.

Wie viele Rabattverträge gibt es?

Die Anzahl der bestehenden Rabattverträge kann nicht beziffert werden, da die Verträge größtenteils direkt zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem Pharmahersteller geschlossen werden und die Krankenkassen keine Verpflichtung haben, Zahl, Art und Inhalt der Rabattverträge offen zu legen. Die Einnahmen aus Rabattverträgen werden jedoch in einer Jahresstatistik über die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (sogenannte KJ1 Statistik) veröffentlicht.

2008 betrugen die Einnahmen der Ersatzkassen aus vertraglich vereinbarten Rabatten mit pharmazeutischen Unternehmen etwa 90 Millionen Euro. Für die gesetzliche Krankenversicherung konnten etwa 310 Millionen Euro eingenommen werden. Für die Jahre 2009 und 2010 werden diese Einnahmen voraussichtlich steigen, da die Zahl der abgeschlossenen Rabattverträge deutlich gestiegen ist und die neuen Ausschreibungen deutlich günstigere Konditionen gebracht haben.

Woher weiß der Apotheker von Rabattverträgen einzelner Krankenkassen?

In der Software für Apotheker, der sogenannten Lauer-Taxe, sind alle Preis- und Produktinformationen für Arzneimittel und apothekenübliche Waren sowie Informationen über bestehende Rabattverträge aller Krankenkassen hinterlegt. Alle 14 Tage finden Softwareaktualisierungen statt.

Was bedeutet die Aut-idem-Regelung?

„Aut idem“ ist lateinisch und bedeutet: „Oder das Gleiche“. Im Apothekenrecht wird damit die Möglichkeit des Apothekers beschrieben, statt eines vom Arzt verordneten Arzneimittels ein anderes, wirkstoffgleiches Präparat an den Patienten abzugeben – denn durch die Abgabe preisgünstiger, wirkstoffgleicher Arzneimittel können die Krankenkassen bedeutende Einsparungen erzielen.

Das Präparat muss in Wirkstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Arzneimittel identisch und für das gleiche Krankheitsbild zugelassen sein sowie die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform haben (z. B. Tabletten/Dragees). Apotheker sind verpflichtet, vorrangig solche Arzneimittel abzugeben, für welche die Krankenkasse des Patienten einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Diese Regelung gilt nur dann nicht, wenn der Arzt ausdrücklich auf dem Rezept die Regelung „Aut idem“ ausschließt.

Was versteht man unter Zwangsrabatt?

Ein Zwangsrabatt ist ein gesetzlich festgelegter Rabatt. Derzeit müssen Pharmahersteller den Krankenkassen beispielsweise einen Abschlag in Höhe von sechs Prozent auf die Herstellerabgabepreise patentgeschützter Arzneimittel gewähren. Dieser Abschlag, der in § 130 a Abs. 1 SGB V geregelt ist, soll nun auf 16 Prozent erhöht werden.

Von den Apotheken erhalten die Krankenkassen ebenfalls einen Rabatt: Je zulasten der Krankenkasse verordneter Arzneimittelpackung sind derzeit noch vom Bruttoverkaufspreis 2,30 Euro weniger zu zahlen (vgl. § 130 SGB V, „Apotheken-Abschlag“).

Was muss der Patient zuzahlen und wie sehen die Zuzahlungsregelungen aus?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel/Medizinprodukt sowie für erstattungsfähige, nicht verschreibungspflichtige Medikamente eine Zuzahlung von zehn Prozent des

Apothekenverkaufspreises, mindestens jedoch fünf Euro bzw. höchstens zehn Euro. Wenn zum Beispiel ein Arzneimittel 75 Euro kostet, liegt die Zuzahlung bei 7,50 Euro. Kostet ein Arzneimittel 200 Euro, beträgt die Zuzahlung zehn Euro. Wenn ein Arzneimittel 15 Euro kostet, müssen fünf Euro dazugezahlt werden. Die Zuzahlung beträgt jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Produkts – bei Produkten mit niedrigerem Apothekenverkaufspreis als fünf Euro wird nur der tatsächliche Betrag berechnet. Die Zuzahlung wird in Gänze vom Forderungsbetrag der Apotheke gegenüber der jeweiligen Krankenkasse abgezogen.

5. Einsparmöglichkeiten

Was kann ein Versicherter tun, um Arzneimittelkosten einzusparen?

Versicherte können ihren Arzt nach kostengünstigen Alternativpräparaten fragen. Wenn der Versicherte im Vorfeld weiß, dass er das Arzneimittel aufgrund persönlicher Bedenken (zum Beispiel zu viele/starke Nebenwirkungen) nicht nehmen wird, sollte dies vor Verordnung mit dem zuständigen Arzt besprochen werden.

Woher erfahren Versicherte von zuzahlungsfreien Arzneimitteln?

Eine genaue Übersicht kann auf der Startseite des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) unter www.vdek.com aufgerufen werden.

Was kann ein Arzt tun, um Arzneimittelkosten einzusparen?

Generell sollte ein verordnender Arzt die Substitution durch ein gleichwertiges Präparat in der Apotheke zulassen (Aut-idem-Regelung). Zudem sollte der Arzt darauf achten, keine neuen, teuren Präparate ohne Zusatznutzen zu verordnen, wenn gleichwertige, preisgünstige Arzneimittel auf dem Markt vorhanden sind. Dennoch greifen hier oft die Marketingstrategien der Pharmahersteller, die den Arzt suggerieren, dass ihr eigenes Präparat innovativer und somit trotz höheren Preises besser und wirksamer sei, als das der Konkurrenz.

Was versteht man unter einer Wirtschaftlichkeitsprüfung?

Unter Wirtschaftlichkeitsprüfung versteht man die Überwachung ärztlicher Leistungen (Handlungen des niedergelassenen Arztes) und ärztlich veranlasster Leistungen (Verordnungen) zwecks Einhaltung des in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist in § 106 SGB V geregelt und wird durch unabhängige Prüfungsstellen durchgeführt. Bei der Prüfung unterscheidet man zwischen der sogenannten Auffälligkeitsprüfung, die bei maximal fünf Prozent der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt wird und auf Überschreitung der vereinbarten Richtgrößen ausgerichtet ist und der Zufälligkeitsprüfung. Die Zufälligkeitsprüfung, die für zwei Prozent der Ärzte gilt, berücksichtigt das gesamte Handeln des Arztes. Sie stellt also im Ergebnis eine fallbezogene Individualprüfung aller für den jeweiligen Patienten erbrachten und verordneten Leistungen dar.

Was versteht man unter Richtgrößen und Richtgrößenprüfung?

Richtgrößen sind arztgruppenspezifische durchschnittliche Obergrenzen für Arznei-, Verband- und Heilmittelausgaben pro Patient und Jahr, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vereinbart werden. Vertragliche Grundlage hierfür ist § 84 Abs. 6 und 8 SGB V. Richtgrößen sowie tatsächliche Verordnungsvolumina werden als Grundlage von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

gemäß § 106 SGB V herangezogen. Richtgrößen stellen jedoch keine absolute Ausgabenobergrenze pro Jahr für den jeweiligen Vertragsarzt dar, sondern es kann ein überdurchschnittliches Verordnungsvolumen bei einem Patienten durch ein unterdurchschnittliches Verordnungsvolumen bei einem anderen Patienten kompensiert werden. Die Richtgrößenprüfung bezeichnet die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina.

Was versteht man unter Bonus–Malus–Regelung?

Die Bonus–Malus–Regelung bezeichnet eine zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Vereinbarung, die den Ärzten den Anreiz geben soll, besonders kostengünstige Präparate zu verordnen. Durch finanziell positive (Bonus) bzw. negative (Malus) Anreize sollen Veränderungen im Verordnungsverhalten erzielt werden. Zudem soll die Verantwortung der Ärzte für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneimittelverordnung gestärkt werden. Die Bonus–Malus–Regelung basiert auf dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs–Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG), das zum 1.5.2006 in Kraft trat. Die Berechnungsgrundlage ergibt sich aus der angenommenen, jährlich neu ermittelten mittleren Tagesdosis eines Präparates des unteren Preisdrittels, die aus einer wirtschaftlichen Verordnungsdosis resultiert (individuelle Besonderheiten, Krankheitsschwere und Begleiterkrankungen bleiben unberücksichtigt). Wird von einem Arzt die Zielgröße zwischen fünf und zehn Prozent überschritten, so zahlt er laut AVWG 20 Prozent der Mehrkosten zurück, bei Überschreitungen zwischen zehn und 30 Prozent zahlt der Arzt 30 Prozent an die Krankenkassen zurück, bei mehr als 30 Prozent die Hälfte der Mehrkosten. Wird der festgelegte Betrag der Medikamentenausgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht ausgeschöpft, so zahlt die Krankenkasse einen Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung, die diesen den entsprechenden Ärzten auszahlt.

Was können die Krankenkassen tun, um Kosten zu sparen?

Für Krankenkassen ist der Abschluss von Rabattverträgen ein geeignetes Instrument, um die steigenden Arzneimittelkosten durch die generierten Einnahmen etwas abzufedern (Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung 2008 gemäß der amtlichen Buchungsergebnisse (KJ1): ca. 310 Millionen Euro).

Kann man bei der Bestellung von Medikamenten über Versandapotheken Geld sparen?

Bei Bestellungen über europäische Versandapotheken ist die Einhaltung der deutschen Vorschriften zur Arzneimittelsicherheit gewährleistet und es werden ausschließlich in Deutschland zugelassene Medikamente angeboten. Verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden oftmals zu günstigen Preisen angeboten (im Vergleich zu öffentlichen deutschen Apotheken; für die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung gelten

jedoch die Preise wie für deutsche Apotheken). Auf Wunsch kann eine persönliche Beratung am Telefon durchgeführt werden. Einige Mitgliedskassen haben mit deutschen Versandapotheken sowie mit großen europäischen Versandapotheken Kooperationsverträge geschlossen.

Warum gibt es in Deutschland keine Positivliste wie in anderen Ländern?

Unter einer Positivliste wird eine ausschließliche Übersicht von Arzneimitteln verstanden, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden dürfen. 1995 nahm der Gesetzgeber den ersten Versuch zur Schaffung einer derartigen Liste wieder zurück. Grund waren Auswertungen von Stellungnahmen betroffener Unternehmen und Verbände, die belegten, dass eine solche Liste überflüssig und schädlich sei (überflüssig, weil durch diese Liste die Arzneimittelversorgung nicht besser oder preiswerter werde; schädlich, weil chronisch Kranke durch die Ausgrenzung von Arzneimitteln aus der GKV stark betroffen wären, da sie ihre Arzneimittel dann aus eigener Tasche zahlen müssten). 2000 wurde durch Einführung des § 33a SGB V erneut die Grundlage für die Erstellung einer Positivliste geschaffen. Aufgrund der ablehnenden Haltung des Bundesrates hinsichtlich der 2002 vorgeschlagenen Liste legte 2003 das Bundeskabinett dem Bundestag einen nicht zustimmungspflichtigen Gesetzentwurf über die Positivliste vor (Gesetz über eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung, kurz Arzneimittel-Positivlisten-Gesetz (AMPoLG)). Das Gesetz wurde jedoch im Rahmen der Gesundheitsreformgesetzgebung zurückgestellt.

6. Politik

Wie lauten die Einsparvorschläge von Bundesgesundheitsminister Rösler?

Das Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung besteht aus zwei Teilen. Die kurzfristig zum 1.8.2010 in Kraft tretenden Maßnahmen sind mit dem GKV-Änderungsgesetz bereits vom Bundestag beschlossen worden. Weitere Maßnahmen sind mit dem Gesetzentwurf für ein Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) auf den Weg gebracht worden. Dies soll zum 1.1.2011 in Kraft treten. Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen im Zusammenhang mit der kommenden Gesundheitsreform in der Diskussion (Fixierung des Apothekenabschlags). In der Summe erhofft sich die Bundesregierung Einsparungen von jährlich etwa 2,5 Milliarden Euro.

Zu den geplanten Maßnahmen gehören u. a.:

Die Erhöhung des Herstellerabschlags (Zwangsrabatt) auf Arzneimittel ohne Festbetrag von derzeit sechs auf 16 Prozent und gleichzeitiges Preismoratorium (zeitlich begrenzte Preisbindung) bis 31.12.2013. Als Basis gelten die Preise vom 1.8.2009. Der erhöhte Herstellerabschlag gilt ab dem 1.8.2010 (GKV-Änderungsgesetz). Der Bundesgesundheitsminister will so jährlich etwa 1,45 Milliarden Euro sparen.

Der Großhandelszuschlag soll künftig einen preisunabhängigen Bestandteil (0,60 Euro) und einen prozentualen Zuschlag (1,7 Prozent, aber max. 20,40 Euro) enthalten. Damit wird der Großhandelszuschlag zumindest in Teilen vom Herstellerabgabepreis entkoppelt. Die Einsparungen sollen sich jährlich auf etwa 340 Millionen Euro belaufen.

Bei innovativen Arzneimitteln können die Unternehmen im ersten Jahr der Markteinführung die Preise selbst festlegen, der freie Marktzugang bleibt erhalten. Das Unternehmen ist verpflichtet, zur Markteinführung ein Dossier zu Nutzen und Kosten einzureichen. Dieses wird Grundlage der Schnellbewertung des Nutzens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Schnellbewertung wiederum liefert Anhaltspunkte für die Verhandlungen über Abschläge zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und dem GKV-Spitzenverband als Vertreter der Krankenkassen. Nach und nach sollen dabei auch bereits auf dem Markt befindliche Arzneimittel der Nutzenbewertung zugeführt werden. Mittelfristig erhofft sich die Bundesregierung jährliche Einsparungen in Höhe von etwa 500 Millionen Euro.

Bei Arzneimitteln mit Zusatznutzen vereinbart das Unternehmen mit dem GKV-Spitzenverband innerhalb eines Jahres nach Zulassung einen Rabatt auf den

Abgabepreis mit Wirkung für alle Kassen. Erfolgt keine Einigung, entscheidet eine zentrale Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten. Arzneimittel ohne Zusatznutzen sollen direkt ins Festbetragssystem überführt werden. Die Bundesregierung hofft an dieser Stelle auf Einsparungen in Höhe von 300 Millionen Euro.

Abweichend vom auf der Bundesebene vereinbarten Erstattungspreis bzw. von der Entscheidung der Schiedsstelle können Kassen einzeln oder im Kassenverbund mit den Unternehmen „Mehrwert- und Versorgungsverträge“ schließen.

In Fällen, in denen für Versicherte ein rabattiertes Medikament vorgesehen ist, soll über eine Mehrkostenregelung die Abgabe eines nicht-rabattierten Arzneimittels ermöglicht werden.

Wie bewertet der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Einsparvorschläge des Bundesgesundheitsministers Rösler?

Die Höhe der Einsparungen ist abhängig davon, ob alle Maßnahmen tatsächlich so greifen wie angedacht. Insbesondere das völlig neue Preisfeststellungsverfahren bei neuen Arzneimitteln wird sich in der Praxis erst beweisen müssen. Die Erhöhung des Herstellerrabatts auf 16 Prozent und das rückwirkende Preismoratorium sind aus Sicht des vdek jedoch sachgerecht. Begrüßt wird auch die Änderung der Großhandelsspanne (darunter ist der Aufschlag auf den Kaufpreis bzw. Verkaufspreis eines bestimmten Arzneimittels, den der Großhandel als Kompensation für die durch ihn ausgeführte Funktion erhebt gemeint), da so die zum Teil opulenten Margen, die heute den Apotheken zufließen, zugunsten der Versicherten abgeschöpft werden können.

Die Apotheker leisten bislang keinen Sparbeitrag. Im Gegenteil, durch eine Entscheidung der Schiedsstelle ist der bisherig auf 2,30 Euro festgelegte Apothekenabschlag, eine Art „Großkundenrabatt“ für den Großabnehmer GKV, rückwirkend zum 1.1.2009 auf 1,75 Euro gesenkt worden. Dadurch würden die Krankenkassen pro Jahr um 330 Millionen Euro zusätzlich belastet. Deshalb sollte die Bundesregierung diesen Betrag gesetzlich festlegen, und zwar auch rückwirkend für die Jahre 2009 und 2010. Überlegungen in dieser Richtung werden zurzeit im Zusammenhang mit der kommenden Gesundheitsreform angestellt.

Positiv ist aus Sicht des vdek, dass bei innovativen Arzneimitteln eine kurzfristige Nutzenbewertung/Zusatznutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen soll. Begrüßt wird ebenfalls die geplante Eingruppierung von Arzneimitteln ohne Zusatznutzen in das Festbetragssystem. Kritisch gesehen werden muss aber, dass im ersten Jahr die Hersteller nach wie vor die Preise festlegen können. Im Zweifel werden sie künftig in Erwartung eines

Abschlags im Zuge der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband mit noch höheren Preisen im Markt auftreten. Deshalb ist es nötig, gesetzlich festzulegen, dass die Preisverhandlungen (auf Basis von Nutzen- bzw. Kosten-Nutzen-Bewertungen) vor Markteinführung und damit vor Herstellung der Verordnungsfähigkeit geführt werden (4. Hürde).

Kritisch zu bewerten ist allerdings die angekündigte Mehrkostenregelung für Patienten im Zusammenhang mit Rabattverträgen. Danach sollen Patienten künftig mehr bezahlen, wenn sie ein anderes als das rabattierte Arzneimittel erhalten wollen. Von dieser Regelung würde nur die Pharmaindustrie profitieren. Die Einsparungen über Rabattverträge hingegen würden gefährdet.

Last but not least: Der Staat selbst könnte einen Sparbeitrag leisten. Deutschland ist neben Dänemark und Bulgarien das einzige Land in Europa, in dem noch der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel angewendet wird. Würde für Arzneimittel der reduzierte Mehrwertsteuersatz gelten, könnten die Krankenkassen rund 3,2 Milliarden Euro pro Jahr einsparen. Daneben würden auch die selbstbezahlten Arzneimittel günstiger (Selbstmedikationsbereich). Es ist nicht nachvollziehbar, warum auf lebensnotwendige Arzneimittel der volle Mehrwertsteuersatz erhoben wird, jedoch für Schnittblumen, Taxifahrten, Hundefutter oder Hotelübernachtungen der ermäßigte Steuersatz gilt.