

# Expertendiskussion zum „Arzneimittelverwaltungswirrwarrgesetz“

„Mit welchen Steuerungsinstrumenten kann die Arzneimittelversorgung effektiv gestaltet werden?“. Diese Frage sollte Anfang Mai eine gemeinsame Fachtagung von Novartis, GlaxoSmithKline und dem BKK Landesverband Bayern beantworten. Hochrangige Referenten aus Politik, Pharmaindustrie sowie der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen beurteilten dabei insbesondere die neuen Regelungen des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) – und ließen Hoffnungen auf eine kurzfristige Kostensenkung im Arzneimittelsektor schwinden.

Gerhard Schulte, Vorsitzender des Vorstands der BKK Bayern, stellte in seiner Begrüßungsrede fest: „Für eine effektive Arzneimittelversorgung brauchen wir intelligente Instrumente und ebensolche Entscheidungsträger.“ Manche Mittel zur Kostensenkung, wie insbesondere die Positivliste, seien aber bereits vor der „Marktreife“ zweimal gescheitert: Sowohl 1993 als auch 2000 lagen entsprechende Gesetzesentwürfe vor, die letztlich nicht umgesetzt wurden. Ob man dagegen in Bezug auf die gerade in Kraft getretenen Regelungen des AVWG von intelligenten Instrumenten sprechen kann, diese Frage musste der Zuschauer sich nach den von Schulte präsentierten Rechenbeispielen (siehe nächste Seite) schon stellen. Für die Krankenkassen scheinen Rabattverträge jedenfalls wenig lukrativ zu sein.

Ulrich Dietz, Leiter des Referats Arzneimittelversorgung im Bundesgesundheitsministerium, gab in seinem Vortrag letztlich auch indirekt zu, dass er sich von den Regelungen, die auf die Preiskomponente bei Arzneimitteln abzielen, nicht viel Einsparpotenzial erwartet. Im Bewusstsein der Bevölkerung werde aber nun einmal der Preisanstieg bei Medikamenten als Auslöser für steigende Arzneimittel Ausgaben angesehen. Und so sei die Regierung gezwungen, Maßnahmen wie den Preisstopp zu beschließen. Dabei sprechen die von Dietz präsentierten Zahlen des Arzneiverordnungsreports eine deutliche Sprache: Die Preise für Arzneimittel sind in den Jahren 1986 bis 2004 konstant geblieben. 2004 wurde sogar weniger verordnet als in den vorausgegangenen Jahren. Deutliche Zuwächse verzeichnete dagegen die so genannte Strukturkomponente: Die Arzneimitteltherapie wird kontinuierlich teurer, weil immer mehr neue und hochwertige Arzneimittel eingesetzt werden.



Diskussion über die Arzneimittelversorgung in Deutschland: Wolfgang Kaesbach, Bettina Brennecke (GlaxoSmithKline), Anouschka Horn (Moderation), Gerhard Schulte, Ulrich Dietz, Jörg Hofmayer (v. li.).

Dieser Entwicklung entgegenzuwirken versucht Wolfgang Kaesbach als Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sein mittelfristiges Ziel ist eine Nutzenbewertung ex ante, auch wenn dies bei den Arzneimittelherstellern auf großen Widerstand stoßen wird. Denn ob ein neues, teureres Arzneimittel auch tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung bewirkt, ist oft nur schwierig nachzuweisen. Innovation ist für Kaesbach jedenfalls ein „Kampfbegriff“, der nichts darüber aussagt, ob eine Neuerung wirklich besser ist als der Standard. Die Liste nicht eingetretener Versprechungen in Bezug auf Therapieverbesserungen sei lang, kritisierte Kaesbach. Dennoch würden eben diese Versprechungen von 15 500 Pharmareferenten und über jährlich 31 000 Anzeigenseiten in rund 230 medizinischen Fachzeitschriften kommuniziert, beziehungsweise die entsprechenden Produkte den verordnenden Ärzten über pharmagesponserte Praxissoftware tagtäglich angeboten. Aber nur wenn diesen Kostentreibenden Aktivitäten der Pharmaindustrie Einhalt geboten werden kann, stehen den Ärzten auch ausreichend Mittel für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung.

Schutz gegen diese Tirade von Marketingmaßnahmen bietet den Ärzten in Bayern das Arzneimittelprogramm der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Unter anderem dieses stellte Jörg Hofmayer, Leiter der Geschäftsstelle des „Prüfungs- und Beschwerdeausschusses Ärzte Bayern“, bei der Tagung vor. Mit Beratungen zur Pharmakotherapie durch Experten der KVB, von denen allein im ersten Quartal bereits über 800 stattgefunden haben, sollen die bayerischen Ärzte über

eine wirtschaftliche Verordnungsweise informiert und so vor Regressen geschützt werden. Dass das Programm insgesamt Wirkung zeigt, beweisen die von Hofmayer präsentierten GAMSI-Daten (die monatliche Schnellinformation der GKV-Spitzenverbände über die Arzneimittelverordnungen) aus dem Jahr 2005: Bei den Verordnungskosten je 1000 Versicherte lag Bayern Ende des Jahres um 4,5 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss wertet aus, von wem dennoch Regresse eingefordert werden müssen. Hofmayer erläuterte in seinem Vortrag die Organisation dieses Gremiums und die Verfahrensabläufe einer Prüfung. Als wesentliche Prüffarten sind dabei die Richtgrößenprüfung, die Durchschnittsprüfung und die Prüfung unzulässiger Verordnungen zu nennen.

Er appellierte abschließend an den Gesetzgeber, die Selbstverwaltung nicht mit immer neuen gesetzlichen Regelungen zu blockieren. Denn mit jedem Gesetz müssten die Strukturen umorganisiert werden. Die Selbstverwaltung könne sich nicht mehr auf ihre eigentliche Aufgabe, die Wirtschaftlichkeitsprüfung, konzentrieren. Er spielte damit auch auf das AVWG an, für das Kaesbach bereits einen neuen Namen kreiert hatte: „Arzneimittelverwaltungswirrwarrgesetz“.

Wie auch immer man die Abkürzung auslegen mag – die Frage, mit welchen Steuerungsinstrumenten die Arzneimittelversorgung effektiv gestaltet werden kann, wird wohl zunächst unbeantwortet bleiben müssen.

Verena Stich (KVB)

# Rabatte können teuer werden



Gerhard Schulte

Auf großes Interesse stieß auf der Fachtagung zur Arzneimittelversorgung der Vortrag von Gerhard Schulte, dem Vorstandsvorsitzenden des BKK Landesverbandes Bayern, über den fraglichen Nutzen von Rabattverträgen. Für das *Bayerische Ärzteblatt* hat er die wesentlichen Inhalte kurz zusammengefasst.

Firmen dürfen für ihre Arzneimittel Rabatte mit den Krankenkassen aushandeln (§ 130 a Absatz 8 SGB V). Der Kasse kann die Freude an dem scheinbar günstigeren Einkauf aber schnell vergehen:

Es wird ein fiktiver Rabattvertrag betrachtet, der die Rückvergütungen des Herstellers vom Herstellerabgabepreis (HAP) zu 30 Prozent an die Ärzte, zu 30 Prozent an die Apotheker und zu 40 Prozent an die Krankenkasse verteilt. Bei einem Vergleich mit der preisgünstigsten Verschreibung oder Substitution sind die 60 Prozent Anteile von Arzt und Apotheker für die Krankenkasse zusätzliche Kosten, das heißt einzurechnen (siehe Tabelle 1 und 2).

Festbetrag	85,89 €
Antra mups (Erstanbieter)	86,88 €
...	
Ulnor	72,23 €
Omeprazol AWD	71,79 €
...	
Omeprazol Accedo	62,58 €
Omeprazol AL	62,57 €
Omeprazol 1a	62,57 €
Ome TAD	62,50 €

Tabelle 1: Apothekenverkaufspreise Omeprazol 20 mg, 60 Stück (Preisstände 4. Quartal 2005, unvollständige Produktlisten).

Der HAP von Ulnor beträgt 49,43 €; bei einem Rabatt von 10 Prozent würden 4,94 € verteilt werden, davon an Arzt 1,48 €, Apotheke 1,48 € und Krankenkasse 1,98 €. Die Versorgung wäre damit 7,75 € teurer als die preisgünstigste Verordnung.

Unter welchen Bedingungen führt dies zu einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung? Gibt es diese Bedingungen überhaupt?

## Risiken der Rabattverträge

Ein Rabattvertrag kostet zusätzliches Geld, weil die Strukturen der Abwicklung von Rückvergütungen bezahlt werden müssen. In aller Regel verdienen an diesen Abwicklungen Dienstleister auf der Seite der Apotheker oder Krankenkassen entsprechende Gebühren.

Der Ertrag dieser Zusatzkosten erschließt sich nicht: Alle Leistungserbringer sind dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet; im Fall der Substitution durch Apotheker ist die Verpflichtung im Rahmenvertrag nach § 129 SGB V so konkretisiert, dass er aus den drei preisgünstigsten Arzneimitteln auszuwählen hat. Für diese Auswahl erhält er keine zusätzliche Vergütung. Insofern sind die in den diversen Verträgen ausgelobten Beteiligungen

Festbetrag	16,77 €
Pidilat 20 mg ret.	16,77 €
...	
Nifehexal ret.	14,65 €
...	
Nifedipin acis 20 mg ret.	14,22 €
...	
Jutadilat 20 mg ret.	12,66 €
Nife 20 mg AbZ ret.	12,66 €
... außerdem drei weitere Arzneimittel	

Tabelle 2: Apothekenverkaufspreise Nifedipin 20 retard, 50 Stück (Preisstände 4. Quartal 2005, unvollständige Produktlisten).

Der HAP von Nifehexal retard beträgt 3,93 €; bei einem Rabatt von 10 Prozent würden 0,39 € verteilt werden, davon an Arzt 0,12 €, Apotheke 0,12 € und Krankenkasse 0,15 €. Die Versorgung wäre damit 1,84 € teurer als die preisgünstigste Verordnung. Wollte dieser Hersteller einen Rabatt geben, der die Versorgung der preisgünstigsten Produkte wirtschaftlich trifft, müsste dieser 4,98 € betragen, das heißt das 2,5-fache der Preisdifferenz von 1,99 € zu den preisgünstigsten Produkten. Der HAP dieses Produktes beträgt aber 3,93 €, ist also kleiner als der angestrebte „wirtschaftliche“ Rabatt.

der Apotheker an dem Auswählerfolg selbst in dem unwahrscheinlichen Fall herausgeworfenes Geld, wenn sich ein Rabatt für die Krankenkasse rechnet.

Hunderte differenzierter Rabattverträge reduzieren die Preistransparenz des Marktes zum Zeitpunkt der Verordnung. In intransparenten Märkten kann es für Hersteller rational sein, einen Konditionenwettbewerb ins Auge zu fassen, das heißt von hohen Preisen hohe Rabatte zu geben. Im Ergebnis führt dies zu einer Aushöhlung des aktuell scharfen Preiswettbewerbes speziell im Segment der Generika und langfristig zu einer Verteuerung der Versorgung.

## Gibt es Chancen durch solche Verträge?

Der durchschnittliche Preis einer Verordnung lag im Jahr 2005 bei etwa 40 Euro, der durchschnittliche Preis einer Verordnung im generikafähigen Markt bei etwa 25 Euro. Erst bei sehr hohen Preisen besteht die rechnerische Chance, dass sich Rabatte für die Gesetzliche Krankenversicherung lohnen. In solchen Marktsegmenten kann allerdings auch der Preiswettbewerb effektiv einsetzen, weil der Spielraum der Preisbildung für alle Hersteller groß ist.

Rein theoretisch sind auch Rabatte für solche Produkte vorstellbar, die im Markt eine Stellung als Solisten haben, das heißt keine Konkurrenz und somit keinen Preiswettbewerb durch arzneitherapeutische Alternativen fürchten müssen. Was kann den Monopolisten veranlassen, mit Preisnachlass oder einem Rabatt seine erwarteten Gewinne zu mindern? Ebenfalls rein theoretisch könnten die preiswertesten Generikafirmen rabattieren. Warum sollten sie das tun, wenn sie schon jetzt die objektiv preisgünstigsten Angebote haben?

## Fazit

Rabattverträge stellen ökonomisch in der Arzneiversorgung einen teuren Irrweg dar. Sie erzeugen Intransparenz und höhlen langfristig den bestehenden Preiswettbewerb aus. Der verordnende Arzt kann sich aber durch eine einfache Maßnahme vor den ärgerlichen Folgen des Rabattunsinns schützen: Konsequente Preise vergleichen und entsprechend verordnen.

Gerhard Schulte (BKK)