Abteilung 2
Az: 225-44703-6/3
RL (i.V.): ORR Leber

Datum: 25. April 2002
☎ : 2252

Frau Ministerin

Handwritten signature and date: 25/4

*Handwritten: Herr Leber
Da 25/4*

über

26.04.2002
Herrn Staatssekretär
Herrn Abteilungsleiter 2
Herrn Abteilungsleiter 1
Herrn Unterabteilungsleiter 22
Herrn Unterabteilungsleiter 11
*Be 26/4
leg. Am. St am 25.04.02
als 25.7. vor. Fe 26/04/02
in P 25/4
22 25/4
P 25/4*

nachrichtlich:

Frau Parlamentarische Staatssekretärin
Frau Leiterin Leitungsstab

im Hause

mit der Bitte um Kenntnisnahme

Betr.: Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich

Anl.: -3-

Am 17. April 2002 haben auf Einladung von Herrn AL 2, die Herren UAL 11, RL 111, 225 und 228 sowie der Unterzeichner abteilungsübergreifend Fragen der aktuellen Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich mit folgendem Ergebnis erörtert.

Handwritten signature: ZedA

I. Sachstand

Nach den bislang vorliegenden Frühinformationen der ABDA (vgl. Anlage 1) stiegen die Apothekenumsätze mit der GKV im Januar mit 5,5 v.H. und im Februar mit 6,6 v.H. gegenüber den jeweiligen Vorjahresmonaten weiter an, wenn auch nicht mehr so deutlich wie im Jahresdurchschnitt 2001 (9,7 v.H.). Erste in Presseberichten lancierte Erkenntnisse, nach denen die Umsätze im März nur noch um 1-2 v.H. gestiegen seien, können noch nicht als Trendumkehr angesehen werden, da der März 2002 aufgrund des frühen Osterfestes zwei Arbeitstage weniger hatte als der März 2001.

Die geringfügig niedrigere durchschnittliche Zuwachsrate im ersten Quartal 2002 dürfte sich vornehmlich mit den Entlastungseffekten der Neufestsetzung der Festbeträge ab Januar 2002 sowie der Erhöhung des Apothekenrabatts ab März 2002 erklären. Der verbleibende Ausgabenanstieg geht somit weiterhin in erster Linie auf die Strukturkomponente zurück und hier insbesondere auf den Wechsel zu teureren Arzneimitteln (echte und sog. Pseudoinnovationen).

Der von der ABDA für das Gesamtjahr 2002 aus den Monatswerten Januar und Februar hochgerechnete Ausgabenzuwachs in Höhe von "nur" 1,6 v.H. kann nicht als seriöse Prognose angesehen werden.

II. Weitere Entwicklung/Handlungsbedarf

Für die weitere Entwicklung sind die einzelnen auf den Arzneimittelbereich sektorspezifisch ausgerichteten Instrumente wie folgt zu beurteilen:

1. Festbeträge

Zum 1. Januar 2002 ist eine Anpassung der Festbeträge durch Rechtsverordnung in Kraft getreten. Dadurch werden die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen um rd. 280 Mio. Euro (rd. 550 Mio. DM) entlastet bzw. um mehr als einen Prozentpunkt (1,3 v.H.).

Zu welchem Zeitpunkt eine zweite Rechtsverordnung zur Neubestimmung von Festbeträge für ACE-Hemmer-haltige Arzneimittel mit einem Entlastungsvolumen von rd. 90 Mio. Euro (180 Mio. DM) in Kraft treten wird, ist derzeit wegen noch zu klärender Fachfragen nicht absehbar.

2. AABG

a) Erhöhung des Apothekenrabatts

In den bisher vorliegenden Daten (bis Februar) ist die Entlastung der Arzneimittelausgaben für die Jahre 2002 und 2003 durch die Anhebung des Rabatts der Apotheken (von 5 auf 6 Prozent) noch nicht enthalten. Für das Jahr 2002 liegt der Entlastungseffekt bei **0,9 v.H.**, im Jahr 2003 bei 1 v.H..

b) Aut-idem-Regelung

Nach der Finanzschätzung des Gesetzgebers bringt die aut-idem-Regelung in einem 12-Monats-Zeitraum ein Einsparpotential von rd. 204 Mio. Euro (rd. 400 Mio. DM). Das BMG geht davon aus, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Zusage einhalten werden, die Drittelinien für etwa die Hälfte des festbetragsgeregelten Marktes so rechtzeitig zu veröffentlichen, dass sie mit Wirkung zum 1. Juli 2002 voll anwendbar sind. Somit könnten die Arzneimittelausgaben im Jahr 2002 um rd. 100 Mio. Euro (**0,5 v.H.**) entlastet werden.

Da die aut-idem-Regelung seit dem 23. Februar 2002 gilt (Inkrafttreten des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes) und sie seit diesem Datum grundsätzlich anwendbar ist, kann und soll der Apotheker auch jetzt schon in Fällen, in denen der Arzt offensichtlich nicht preisgünstig verordnet hat, einen Austausch vornehmen. Daraus folgende Einsparwirkungen sind hier nicht abschätzbar.

c) Regelungen zu den Analog-Arzneimitteln

Die hohen Umsatzzuwächse bei Analogpräparaten (Schritt-/Scheininnovationen) sind die eigentliche Ursache für die Kostenprobleme im Arzneimittelbereich.

Das AABG verpflichtet den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BA) Hinweise für den Vertragsarzt zum Preis-/Nutzenverhältnis von pharmakologisch bzw. therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln, insbesondere bei Analogarzneimitteln, zu erstellen. Das BMG hat den BA aufgefordert, diesen Auftrag so bald wie möglich umzusetzen. Das von Expertenseite im Bereich der Analogpräparate berechnete maximale Einsparpotential von über 1 Mrd. € muss die Selbstverwaltung sukzessive in eigener Zuständigkeit ausschöpfen.

Wie wird dies kontrolliert?

Ein weiterer Ansatz zur Begrenzung der Ausgaben für teure Analogarzneimittel ist die durch das AABG neu eingeführte Verpflichtung der Krankenhausärzte, dem Vertragsarzt zur ambulanten Weiterbehandlung anders als bislang kein Medikament, sondern einen Wirkstoff zu nennen und einen preisgünstigeren Therapievorschlag zu machen, sofern Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind; in medizinisch begründeten Ausnahmefällen ist der Krankenhausarzt an diese Vorgaben nicht gebunden. Die damit verbundenen Einsparungen sind nicht bekannt.

d) Solidarbeitrag "Pharma"

Der Solidarbeitrag der Pharmaindustrie in Höhe von 204 Mio. € wird nach einer Ergänzung des Kontenrahmens der GKV, den das BMG nach Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Ländern im Rahmen eines Erlasses vorgenommen hat, im 1. Quartal 2002 bei den Arzneimittelausgaben gegengebucht und damit bei der Veröffentlichung der entsprechenden KV-45-Werte Anfang Juni deutlich.

3. ABAG

Die nach dem ABAG bis zum 31.03.2002 zu treffenden Vereinbarungen (Arzneimittelvereinbarungen mit Zielvereinbarungen, Richtgrößenvereinbarungen) sollen nach den Rahmenvorgaben für die Arzneimittelvereinbarungen der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen bundesweit die **Ausgaben um 4,6 %** gegenüber den Ist-Ausgaben 2001 zurückführen. Zum Anfang dieses Jahres waren mit diesem Instrumentarium aber noch keine bedeutenden finanziellen Entlastungen erzielbar.

4. Gesamtbewertung von 1.-3.

Durch die o.a. gesetzlichen Maßnahmen (1., 2a. und 2d.) werden die Ausgaben im Arzneimittelbereich im Jahr 2002 um rd. 680 Mio. €, d.h. um 3,2 v.H. unmittelbar finanzwirksam entlastet. Hinzu tritt das Potential der Aut-idem-Regelung mit rd. 100 Mio. €, d.h. rd. 0,5 v.H. (2b.). Insgesamt ergibt sich somit ein Effekt in Höhe von 3,7 v.H. (780 Mio. €).

Die Ausgabenbeeinflussung im Bereich "Analogpräparate" obliegt primär der Selbstverwaltung. Das Instrumentarium hierfür konnte den Expansionspfad der Analogpräparate bisher nicht stoppen (vgl. 2c. und 3.).

Der GKV-Schätzerkreis hatte bei seiner letzten Vorausschätzung für das Jahr 2002 (11. März) gegenüber dem Vorjahreszeitraum ein Null-Wachstum im Arzneimittelbereich und insgesamt einen Zuwachs der Leistungsausgaben je Mitglied von 2,2 % angenommen. Im aktuellen Schätzerkreisszenario ergibt sich für die GKV bei einem unterstellten Grundlohnzuwachs von 1,6 % und bei einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus von knapp 0,4 Beitragssatzpunkten die Perspektive für ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis. Jeder Prozentpunkt Ausgabenzuwachs im Arzneimittelbereich belastet die GKV in einer Größenordnung von gut 0,2 Mrd. Euro. Sollte der Ausgabentrend im Arzneimittelbereich im weiteren Jahresverlauf nicht gebrochen werden, so droht der GKV erneut eine Defizitentwicklung.

III. Fazit

Aus jetziger Perspektive gibt es keinen Anlass zur Entwarnung. Eine umgehende und konsequente Anwendung der vom Gesetzgeber vorgesehenen ausgabenbegrenzenden Instrumente mit entsprechender Unterstützung des BMG zur Vermeidung einer erneuten Defizitentwicklung erscheint dringend geboten. Deshalb sind vom BMG im Hinblick auf die Kurzfrist-Umsetzung des ABAG (vgl. Anlage 2: AL-2 Schreiben vom 24.04.2002) und des AABG (vgl. Anlage 3: UAL-11 Schreiben vom 23.04.2002) folgende Schwerpunkte gesetzt worden:

- Flächendeckende gemeinsame Informationskampagne der Selbstverwaltung auf Bundesebene (startet voraussichtlich im Juni 2002).
- Flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf KV-Ebene nach Art. 3 § 2 ABAG, die Sanktionswirkungen entfalten (Umsetzung läuft; wird auf Aufsichtsbehördentagung am 25./26.04. abgefragt)
- Aktivierung der KV-Ebene über Länder und mit Unterstützung durch Bundesebene (Umsetzung läuft; wird auf Aufsichtsbehördentagung erörtert)
- Aktivierung/Begleitung des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen bei der Erarbeitung der Hinweise für Analogpräparate

Die Referate 111 und 228 haben mitgezeichnet.

Sub